

ARCHIVES
D'OPHTALMOLOGIE

CORRESPONDANTS DES ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

MM. **Antonelli** (Paris), **Baslini** (Italie), prof. **Baudry** (Lille), **Bobone** (San Remo, Italie), **de Caralt Delmiro** (Barcelone), **Charamis** (Athènes), **H. Coppez** (Bruxelles), **Druault** (Paris), **Ellasberg** (Vitebsk, Russie), **Eperon** (Lausanne), **Fage** (Amiens), **Gourfein** (Genève), **Jensen** (Copenhague), **Menacho** (Barcelone), **Monthus** (Paris), **Opin** (Toulon), **Péchin** (Paris), **Rochon-Duvigneaud** (Paris), prof. **Rohmer** (Nancy), **Schoute** (Amsterdam), **Scrini** (Paris), **Sourdille** (Nantes), **A. Terson** (Paris), prof. **Truc** (Montpellier).

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les *Archives d'Ophthalmologie* forment, chaque année, un volume in-8 de 800 pages environ, avec figures dans le texte et planches.
Elles paraissent tous les mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris 20 fr. Départements 22 fr.
Union postale..... 23 fr.

Pour tout ce qui concerne la Rédaction, s'adresser à M. le D^r **F. Terrien**,
16, rue de Marignan — 8°.

Pour ce qui concerne l'Administration, s'adresser à M. **G. Steinheil**
éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne — 6°.

Tous les ouvrages dont il sera envoyé deux exemplaires, soit au secrétaire de la Rédaction, soit à l'Editeur, seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

FONDÉES PAR

Ph. PANAS E. LANDOLT F. PONCET

PUBLIÉES PAR

F. DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Paris.

E. LANDOLT

Chirurgien-Oculiste consultant de l'Institution
nationale des Jeunes Aveugles.

BADAL

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LE CONCOURS DE

NUËL

Professeur d'ophtalmologie à l'Université
de Liège.

ET

VAN DUYSSE

Professeur de clinique ophtalmologique
à l'Université de Gand.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : **D^r F. TERRIEN**

Ophtalmologiste des Hôpitaux.

~~~~~  
**TOME VINGT-SIXIÈME**

~~~~~  
**Avec 101 Figures intercalées dans le texte.
5 planches en noir et en couleur et 1 portrait.**

~~~~~  
PROPERTY OF  
LIBRARY OF THE  
LOS ANGELES COUNTY MEDICAL ASSOCIATION  
634 SOUTH WESTLAKE AVE.

**PARIS**

**G. STEINHEIL, ÉDITEUR**

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE (6<sup>e</sup>)

1906

21906





# ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

---

## TUBERCULOSE PRIMITIVE DE LA CONJONCTIVE ET SES CONSÉQUENCES : LA CONJONCTIVE, PORTE D'ENTRÉE DE LA TUBERCULOSE (ÉTUDE CLINIQUE).

Par le docteur **CABANNES**, professeur agrégé à la Faculté  
de médecine, oculiste des hôpitaux de Bordeaux.

Nous ne voulons, dans cet article, étudier la tuberculose conjonctivale qu'à un seul point de vue, qui consistera à considérer la conjonctive comme une porte d'entrée possible de l'infection tuberculeuse. L'ouverture des paupières, mettant l'œil à découvert, laisse la conjonctive en contact direct avec l'air extérieur. Les germes les plus variés se déposent à sa surface : témoin la riche flore microbienne des culs-de-sac conjonctivaux normaux : bacille pseudo-diphthérique, staphylocoques blanc, doré, pneumocoque, streptocoque, etc., pour ne citer que les plus habituels (1). Le bacille de Koch n'a pas été, à notre connaissance, rencontré sur des conjonctives normales. Malgré cela, il n'est pas douteux qu'il ne s'y dépose fréquemment, avec les poussières de l'air qui le charrient. Sa fixation dans la conjonctive demande certainement des conditions spéciales, très nettement indiquées par les travaux de Valude. On peut très vraisemblablement, et par analogie, comparer la membrane conjonctivale, considérée comme porte d'entrée de la tuberculose, aux deux autres grandes cavités de la face : la cavité buccale et le pharynx avec les amygdales, d'une part, les fosses nasales avec les cavités accessoires ou sinusiennes, de l'autre. On sait le nombre considérable de microbes que l'on trouve dans l'une et dans l'autre. Parmi ceux-là, le bacille tuberculeux a été rencontré bien souvent, chez des personnes indemnes de tuberculose, au niveau des amygdales et dans l'intérieur des cryptes, sur la surface des amygdales pharyngées, sur la mu-

---

(1) RYMOWITCH, Microbiologie de la conjonctive normale. *Archives russes de pathologie*, 30 septembre 1902, et *Ann. d'ophtalmique*, 1903, t. CXXIX, p. 149.

queuse nasale, à la surface des cornets, etc. Le nombre de recherches faites sur ces différents points est considérable et il ne peut plus exister à ce sujet de discussion possible.

Il n'est plus douteux, d'autre part, que beaucoup de tuberculeuses ganglionnaires du cou ont leur porte d'entrée au niveau des amygdales ou peut-être au niveau de la muqueuse nasale. L'amygdale peut être saine, ne pas être apparemment tuberculeuse; le bacille de Koch déposé à sa surface gagne les lymphatiques, puis les ganglions du cou (1), s'infiltrant dans les interstices cellulaires, comme il le fait pour l'intestin sain (2) qu'il peut traverser de la même façon, pour se fixer ensuite dans les ganglions mésentériques, qu'il infecte. Tous ces faits sont aujourd'hui à peu près classiques et démontrés cliniquement et expérimentalement.

L'infection tuberculeuse des ganglions de la face et du cou peut, à notre sens, invoquer non seulement une porte d'entrée amygdalienne ou nasale, mais encore une origine conjonctivale. Ce point de départ, contestable s'il n'existe aucune lésion conjonctivale, apparente, est certain dans le cas de tuberculose conjonctivale secondaire ou primitive. C'est surtout la forme primitive que nous considérons ici : une observation personnelle et très démonstrative sera signalée tout d'abord.

OBSERVATION. — M. D., âgé de 15 ans, se présente à mon observation le 1<sup>er</sup> avril 1904, pour son œil gauche, dont les paupières sont tuméfiées.

Voici, en quelques mots, l'histoire de sa maladie : Le 14 février 1904, s'est montré devant l'oreille gauche un ganglion extrêmement mobile, de la grosseur d'une petite noisette. L'œil gauche était comme « poché », et ce n'est que deux jours après qu'il gonfla. Le médecin consulté ne remarqua à ce moment rien d'anormal sur la conjonctive. Le ganglion préauriculaire augmentant de volume fut ponctionné par le médecin, qui crut à une lésion de la parotide, parce que le liquide qui sortait de l'orifice de ponction paraissait être de la salive. Ce n'est que le 17 février qu'il remarqua, sur la conjonctive palpébrale supérieure, la présence d'une fausse membrane, très petite.

Le 18 février, la fièvre se montra, atteignant 38° 8, continue pendant 6 à 7 jours. On pensa à de la grippe, et, durant tout le cours de cette élévation thermique, l'œil eut simplement de la photophobie.

(1) DIEULAFOY, *Manuel de pathologie interne*, 1897, t. III, p. 173.

(2) TCHISTOVITCH, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1889.

Bientôt un ganglion nouveau, sous-maxillaire, fit son apparition. Le traitement fut : application de pommade mercurielle sur les ganglions, sans résultat, lavages de l'œil au sublimé, à l'acétate de plomb, et emploi d'une pommade iodoformée. Fin février, la fausse membrane conjonctivale tomba, laissant à sa place une ulcération profonde, peu étendue, sur la conjonctive palpébrale supérieure. Cette pseudo-membrane se reproduisit, les jours qui suivirent, au-dessus de l'ulcération, sans grandir, puis elle céda à des lavages quotidiens de l'œil au sublimé.

L'état de l'œil et des ganglions resta stationnaire jusqu'au 5 mars. L'œil suppura très-peu pendant tout le cours de la maladie. Le 5 mars, le ganglion préauriculaire étant de nouveau devenu très gros, fut ponctionné de nouveau, et il en sortit un peu de pus; le lendemain, il fut incisé et il s'en échappa du pus en petite quantité, mais pas de substance caséuse. Le 7 mars, on remarquait trois ganglions : les ganglions pré-auriculaire et sous-maxillaire précités et un nouveau ganglion sous-maxillaire, tout petit. Le 11 ou le 12 mars, apparaissait sur la joue, entre l'œil et les ganglions, à 3 centimètres environ en dehors et à un demi-centimètre en bas du canthus externe, une petite saillie translucide de la peau, avec infiltration profonde. Cet état dura ainsi jusqu'au 27 mars. A partir de ce moment, les ganglions grossirent davantage, tout le côté correspondant du visage se tuméfia, et les téguments de la paupière supérieure formaient, surtout dans son tiers externe, une série de petits mamelonnements très appréciables à la vue, donnant au toucher la sensation de gros grains durs.

Je vis le jeune malade le 1<sup>er</sup> avril 1904, et voici comment se présentait son œil gauche : paupière supérieure gauche tuméfiée, repli orbito oculaire rembourré surtout à sa partie externe, œil mi-clos, un peu injecté. Peu de sécrétion. En éversant la paupière supérieure, on voyait une série de végétations exubérantes, formant par leur longueur, par leur réunion, de longs sillons, comblant en entier le cul-de-sac. Certaines végétations forment des saillies plus hautes, d'autres sont plus plates, toutes sont rouges; elles comblent tout le cul-de-sac, dont elles augmentent par leur vallonement la surface réelle. Dans leur intervalle, existent des plis, des fissures irrégulières où siège un peu de pus concrété; dans le fond, on voit quelques ulcérations fissuraires, recouvertes d'une substance jaunâtre, adhérente, d'apparence granuleuse. Par places, on distingue quelques points jaunâtres, en saillie. Ceux-ci sont surtout marqués dans la région externe du cul-de-sac, occupée en entier par un nombre assez grand de vraies granulations tuberculeuses agminées en amas saillant. Sur le bord libre, la conjonctive palpébrale présente par places des tubercules isolés, à des stades variés d'évolution, les uns clairs (tubercules crus), les autres en voie de caséification. Dans le cul-de-sac inférieur, un peu vers la partie externe, on voit un gros tubercule cru, puis un

autre sur le bord libre, tout près du canthus externe, quelques-uns dans la partie tout externe du cul-de-sac inférieur, au proche voisinage de l'amas congloméré déjà décrit. Je dois ajouter que tous ces tubercules, malgré, leurs dimensions nettement apparentes, ne dépassent pas le volume d'un gros grain de mil.

L'œil lui-même est sain. Le point infiltré de la joue est du lupus aigu. Des gros ganglions déjà décrits, le préauriculaire, fistuleux, est gros et dur.

Nous avons recherché partout ailleurs des signes de tuberculose ; tous les organes nous ont paru indemnes. Les fosses nasales et les sinus de la face, examinés par M. le docteur Moure, sont intacts. L'enfant ne tousse pas, il n'y a rien dans son poumon. Pas de ganglions dans d'autres régions du corps. L'appétit est très bon, l'état général est excellent.

Le père et la mère de ce jeune homme sont très bien portants. Deux faits sont à retenir dans les antécédents pathologiques : une sœur du malade est morte, à l'âge de cinq ans, de méningite ; une sœur du père de D... est morte de tuberculose pulmonaire.

Le traitement que nous avons appliqué à cette affection conjonctivale a consisté en thermo-cautérisations des végétations, des ulcérations et des tubercules conjonctivaux. Nous avons pratiqué, depuis le début, six cautérisations, chaque fois assez étendues, mais pas trop, afin d'éviter les déformations cicatricielles palpébrales qui auraient pu en résulter par la suite. L'intervalle qui a séparé ces diverses cautérisations a été environ de 3 semaines à un mois. En janvier 1905, la guérison de la tuberculose conjonctivale est complète. La thermo cautérisation profonde a amené aussi la guérison rapide du point de tuberculose cutanée de la face. Les adénopathies préauriculaires et sous-maxillaires ont été beaucoup plus longues à se résoudre. Une tentative chirurgicale d'excision du trajet fistuleux ganglionnaire (ganglion préauriculaire) s'accompagna à bref délai d'une poussée inflammatoire très marquée. Au niveau des ganglions sous-maxillaires, un ganglion rétro-maxillaire et un autre cervical se montrèrent même et devinrent gros. Tous ces ganglions ont complètement disparu, au bout de quelques mois, grâce à des injections d'éther iodoformé faites avec la plus grande aseptie et répétées plusieurs fois par mon collègue et ami le docteur Chavannaz. Actuellement, le malade est tout à fait rétabli et il a pu reprendre ses occupations avec la plus grande facilité.

Nous avons eu soin d'exciser, au moment de notre première intervention, un fragment très suspect de conjonctive malade. L'examen de cette végétation conjonctivale, pratiqué par notre ami le professeur agrégé Sabrazès, peut se résumer dans les termes suivants :

Le revêtement épithélial de la conjonctive présente des découpures anormales. Il est masqué en bien des points par une infiltration cellulaire étendue à tout le chorion, entrecoupé de vaisseaux sanguins

et lymphatiques en assez grand nombre et boursoufflant la conjonctive au point de lui donner l'épaisseur de 1 à 2 millimètres. Ça et là, l'infiltration s'agmine en nodules avec quelques fibres conjonctives autour, et au centre de ces nodules on trouve de volumineuses cellules géantes et autour d'elles des cellules épithélioïdes. Les cellules d'infiltration sont des cellules lymphoïdes, des cellules conjonctives fusiformes ou à prolongements multiples qui prennent fréquemment le type épithélioïde ou le type cellules plasmatiques. On trouve quelques leucocytes polynucléés ça et là, pas de cellules éosinophiles ni de mastzellen. Il n'y a pas d'îlots de caséification dans les coupes. Les cellules géantes volumineuses commencent à se caséifier au centre.

Il n'a pas été possible de découvrir de bacilles de Koch sur les coupes. Nous n'en avons pas trouvé non plus dans la sécrétion qui s'écoulait du trajet fistuleux ganglionnaire. Il n'a pas été pratiqué d'inoculations aux animaux.

Telle est, en détail, la relation de ce cas très intéressant de tuberculose primitive de la conjonctive. Son évolution et sa symptomatologie sont absolument classiques; nous n'insisterons pas à leur sujet. Nous signalerons simplement, pour rester dans notre programme, la netteté avec laquelle l'infection, tout en restant heureusement locale, s'est propagée dans le voisinage, étape par étape (tuberculose cutanée de la face; tuberculose des ganglions préauriculaires, puis des ganglions maxillaires et cervicaux).

Nous avons voulu, à propos de cette observation, passer en revue, rapidement, les organes (rapprochés ou éloignés) infectés secondairement, dans les divers cas publiés. L'article très documenté de M. Villard (1) nous a été pour cela d'une grande utilité.

Nous avons considéré les étapes de l'infection dans l'ordre suivant :

- 1° Cornée, sclérotique et globe oculaire;
- 2° Voies lacrymales, sac lacrymal;
- 3° Ganglions; organes éloignés; généralisation (nous avons également puisé quelques documents dans la thèse d'un de nos élèves, le docteur Ayraud) (2).

---

(1) VILLARD, Tuberculose de la conjonctive. *Annales d'oculistique*, avril et août 1905.

(2) AYRAUD, *Tuberculose conjonctivale primitive (étude clinique)*. Bordeaux, 1900.

D'après Haab, les lésions cornéennes se montrent dès que les conjonctives palpébrales et du limbe sont atteintes, tandis que la cornée reste indemne tant que la tuberculose est localisée dans les culs-de-sac conjonctivaux. Ces lésions sont en général très tardives. Elles se montrent ordinairement sous la forme d'un pannus plus ou moins épais, occupant la partie supérieure de la cornée (Haab, Hesseling). D'autres fois, c'est un trouble diffus mais localisé de la cornée dans un secteur périphérique de cette membrane, au-dessous des lésions palpébrales tuberculeuses ou au proche voisinage d'un tubercule ou d'une ulcération du limbe ou de la conjonctive bulbaire. Cette opacité cornéenne peut également succéder au pannus.

La lésion cornéenne peut se présenter aussi sous la forme de nombreux tubercules miliaires, analogues aux tubercules crus d'aspect gélatineux que l'on rencontre en certains points de la conjonctive palpébrale et bulbaire.

Ces lésions cornéennes, rares dans la tuberculose conjonctivale, rappellent beaucoup celles qui succèdent à la conjonctivite granuleuse. La confusion clinique a été faite très souvent ; éruption de points miliaires, opacités diffuses, pannus supérieur épais, et quelquefois même ulcération profonde, destruction de la cornée, amenant une panophtalmie ou une atrophie ultérieure du globe (de Berardinis), tous ces signes sont faits pour compléter l'analogie clinique. Seuls, les résultats de l'examen anatomique et bactérioscopique et de l'inoculation aux animaux peuvent, dans les cas douteux, trancher la difficulté.

Plus exceptionnellement la propagation peut se faire du côté de la sclérotique, des membranes profondes et des milieux de l'œil. Deux conditions sont nécessaires pour cela : 1° l'existence sur la conjonctive bulbaire d'une *ulcération* tuberculeuse ou bien isolée, primitive ou consécutive à une tuberculose de la conjonctive bulbaire (Lafon) (1), ou bien, ce qui est plus fréquent, coexistant avec des localisations conjonctivo-palpébrales ; 2° une tendance du processus à gagner en profondeur en usant la sclérotique et les membranes sous-jacentes.

L'usure peut ne pas dépasser la sclérotique, d'autres fois elle atteint les milieux de l'œil, au point qu'une sonde introduite à

---

(1) D<sup>r</sup> LAFON, *le Tuberculome de la conjonctive*. Th. de Bordeaux, 1904-1905.

travers l'orifice ainsi créé arrive dans l'intérieur de l'œil (cas de Walb). Une infection secondaire amène alors une panophtalmie avec irido-choroïdite, etc., destruction du globe avec ou sans atrophie ultérieure.

La tuberculose inoculée par la lésion conjonctivale à l'intérieur même de l'œil n'a donc pas, dans ces cas-là, le temps de se produire, les microbes de la suppuration amenant la destruction du globe.

La sclérite tuberculeuse survenue dans ces conditions est un fait rare. On ne la trouve guère signalée avec netteté que dans trois observations (Walb, Valude, Villard).

La tuberculose conjonctivale ne détermine une tuberculose secondaire du sac lacrymal et des voies lacrymales que très exceptionnellement, si tant est que cette propagation soit bien démontrée. En lisant avec soin les observations cliniques qui concernent ce point particulier (Hesseling, Stöllting, Reimar et surtout Gayet), on n'est pas convaincu du tout d'une propagation vraiment spécifique, et les dacryocystites qui évoluent au cours de la tuberculose conjonctivale primitive nous paraissent devoir être mises sur le compte des microbes ordinaires de la suppuration : ce sont des dacryocystites simples et non spécifiques. L'inoculation du sac lacrymal se fait rarement de haut en bas ; son infection par voie ascendante ou nasale est au contraire un fait banal, et ceci s'applique surtout aux infections tuberculeuses du sac. Les rhinites tuberculeuses, le lupus du nez se propageant lentement le long des parois muqueuses du canal nasal, se fixant ensuite sur le sac (dacryocystite tuberculeuse), pour atteindre en dernier lieu la conjonctive (tuberculose conjonctivale secondaire), constituent des faits très connus et sur lesquels il n'est plus possible de discuter actuellement. Voilà ce que nous apprend la clinique ; que nous dit l'expérimentation sur ce point ?

Bach et surtout Valude ont tenté d'inoculer des sacs lacrymaux normaux d'animaux. Valude (1) a fait vingt fois sur des lapins des inoculations qui sont restées négatives. Gourfein, de son côté, a été plus heureux et ses inoculations de sacs lacrymaux lui ont permis de décrire trois variétés de tuberculose expérimen-

(1) VALUDE, Essais de tuberculisations expérimentales du sac lacrymal. *Arch. d'Ophthalm.*, 1889, p. 165.



tale du sac : a) abcès froid ; b) fongosités ; c) forme avec granulie. Il est probable que ces divers expérimentateurs se sont placés dans des conditions différentes, les uns faisant une inoculation directe du sac, sans lésion des parois, les autres faisant une lésion de la muqueuse avec porte d'entrée ainsi établie ou même une inoculation sous-muqueuse. Il eût été intéressant d'infecter préalablement le sac avec des microbes pyogènes ou de provoquer des rétrécissements du canal nasal au-dessous du sac et d'étudier ainsi ce que peut faire l'inoculation secondaire du sac par des produits ou des cultures tuberculeuses. Ces recherches n'ont pas été faites, à notre connaissance ; peut-être éclaireraient-elles d'un jour nouveau la question de la tuberculose expérimentale du sac et montreraient-elles ce que l'on doit penser de la vertu bactéricide des larmes, nullement démontrée, au moins en ce qui concerne le bacille tuberculeux (1).

La première étape vraiment importante dans la propagation à distance de la tuberculose conjonctivale est l'étape ganglionnaire. Les premiers atteints sont les ganglions pré-auriculaire et parotidiens, répondant aux lymphatiques des deux tiers externes de la surface conjonctivale, et les ganglions sous-maxillaires, où accèdent les lymphatiques du grand angle de l'œil. Par ordre de fréquence, et suivant la statistique établie par Villard, sont atteints le ganglion pré-auriculaire (62 p. 100), les ganglions sous-maxillaires (20 p. 100), les ganglions cervicaux (12 p. 100), les ganglions parotidiens (4 p. 100) et le ganglion massétérin (2 p. 100). L'importance de la tuméfaction ganglionnaire peut être telle dans le début qu'elle masque complètement l'affection conjonctivale, celle-ci ne se montrant que plus tardivement. Pendant tout le cours de la maladie les ganglions restent très développés, ils suppurent quelquefois avec ou sans caséification concomitante. Quelques-uns s'ouvrent à l'extérieur spontanément. Lorsque plusieurs ganglions sont pris, leur infection et leur tuméfaction ne sont pas simultanées, mais ordinairement successives ; les ganglions cervicaux, par exemple, sont pris après les ganglions pré-auriculaire ou sous-maxillaires. Dans notre observation personnelle, cette propagation successive est nettement

---

(1) BACH, *Congrès allemand des sciences de médecine*, Nuremberg, 1893, et in *Arch. d'ophtalmologie*, 1893, t. CX, p. 356.



indiquée. Quelquefois (et nous ne connaissons de ce fait que notre observation), l'infection, qui va de la conjonctive aux ganglions précités, s'arrête en cours de route pour créer sur la joue, et par voie lymphatique, une tuberculose cutanée des plus évidentes. Le bacille tuberculeux gagne ainsi le tissu ganglionnaire dans lequel il se développe; et bien qu'il soit exceptionnel de le rencontrer dans la sécrétion ganglionnaire, l'inoculation de cette dernière aux animaux donne des résultats positifs. Dans un cas publié avec le docteur Lagrange (1), j'ai découvert des bacilles de Koch dans le pus ganglionnaire.

Le plus souvent, la propagation de la tuberculose conjonctivale ne dépasse pas la barrière des ganglions sus-mentionnés. Elle peut cependant, dans des cas exceptionnels, atteindre par des voies diverses (sanguine ou lymphatique) des organes plus profondément situés et amener la mort par phtisie pulmonaire ou laryngée (Nicati, Motais, Armaignac, Rampoldi, etc.), par tuberculose généralisée (Cheny, Valude), par méningite tuberculeuse (Hock et Manz).

Il résulte de ces quelques considérations que la tuberculose primitive de la conjonctive doit être, en raison de son danger très grand pour l'individu qui en est porteur, rapidement diagnostiquée et traitée avec énergie. — Nous donnons la préférence aux *thermo-cautérisations espacées*.

---

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU

---

ECTASIE TRANSITOIRE AU COURS DU KÉRATOCONE

Par le docteur **F. TERRIEN**.

Parmi les complications qu'on peut observer dans le kératocône, il en est une qui, croyons-nous, n'a pas encore été signalée : c'est la distension de la partie amincie de la cornée au niveau du kératocône, donnant lieu à un staphylôme circonscrit de la cornée, qui vient se substituer au kératocône existant. C'est

---

(1) LAGRANGE et CABANNES, *Arch. d'ophtalmol.*, juillet 1900, p. 353.

pourquoi il nous paraît intéressant de rapporter l'observation suivante, dans laquelle il nous a été donné d'observer cette curieuse complication.

**OBSERVATION.** — Mme Amélie R..., âgée de 38 ans, vient consulter pour la première fois le 16 avril 1900, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, pour un kératocone bilatéral, beaucoup plus marqué du côté gauche que du côté droit.

*Oeil gauche :* Cornée conique, très saillante : le sommet du cône n'occupe pas exactement le centre de la cornée, mais est situé un peu en bas et en dedans.  $V = 1/40$ . Il est impossible à la malade de se conduire. L'acuité visuelle par un verre concave de  $-6$  dioptries n'est que très faiblement améliorée ; avec une fente sténopéique  $V = 1/15$ . Le sommet du cône montre une petite taie centrale.

*Oeil droit :* Kératocone beaucoup moins accentué que du côté gauche,  $V = 1/4$  sans amélioration par les verres. Peut travailler de près à la couture et arrive à lire à 20 centimètres les caractères n° 4 des échelles de de Wecker. La cornée est moins conique ; elle est plutôt hyperbolique, et la kératoscopie montre une déformation très nette des images.

L'affection ayant commencé sur l'œil gauche, l'œil droit demeurant normal, la malade ne s'est pas aperçue immédiatement de la diminution de l'acuité visuelle. Ce n'est que vers la fin de l'année 1899 que, voyant l'acuité visuelle de l'œil droit diminuer, elle s'aperçut par hasard que la vision de l'œil gauche était très faiblement diminuée.

**ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET PERSONNELS.** — Rien de particulier à signaler, père âgé de 80 ans, bien portant, mère morte à 68 ans. A eu quatre sœurs et deux frères ; les deux frères sont morts au Tonkin de fièvres intermittentes. Sœurs mariées et bien portantes. Elle-même, venue à terme, n'a jamais eu aucune maladie, en dehors d'une fièvre typhoïde, à l'âge de 8 ans ayant duré deux mois. Régliée à l'âge de 14 ans et depuis toujours bien réglée, n'a jamais vu de médecin, dit-elle, depuis l'âge de 12 ans et a toujours été bien portante. Paraît extrêmement bien constituée. N'a jamais eu d'enfants ni fait de fausses couches.

En raison de la diminution considérable de l'acuité visuelle du côté gauche, nous décidons de recourir au traitement chirurgical.

Le 14 avril 1900, perforation ignée du sommet du cône intéressant toute l'épaisseur de la cornée, après dilatation préalable de la pupille par l'atropine. La chambre antérieure se reforme le cinquième jour. Suites normales. Un mois plus tard, le cône a disparu, mais la pupille était en partie obstruée par l'infiltration cicatricielle, iridectomie optique au lieu d'élection, le 15 juin. Suites normales.  $V = 1/10$  sans correction. Le 20 septembre, tatouage de la taie centrale.  $V = 1/8$ . Peut arriver à lire à 10 centimètres de distance les caractères n° 4 des échelles de de Wecker.

La malade part satisfaite et continue à instiller dans l'œil droit, matin et soir, un collyre à la pilocarpine à 2 p. 100, avec pansement compressif la nuit.

Ce traitement fut continué pendant toutes les années suivantes jusqu'à aujourd'hui, avec des alternatives de repos de 8 à 10 jours. Malgré le traitement, l'acuité visuelle diminuait peu à peu. Le 1<sup>er</sup> mars 1905, O. D. V. 1/20 de loin; arrive à lire de près, très difficilement à 7 à 8 centimètres.

Le cône est très accentué et situé en bas et en dedans; nous conseillons l'opération, mais la malade préfère attendre.

Le 10 mai 1905, la malade vient consulter de nouveau pour une diminution brusque de l'acuité visuelle de l'œil droit apparue le 4 mai. En se réveillant le matin, la malade aperçoit un brouillard intense lui voilant tous les objets. Cet œil, qui déjà voyait très mal, ne voyait maintenant presque plus.

En l'examinant, on constate, au lieu de l'aspect normal du kératocone, une ectasie de la cornée, exactement limitée à la région occupée par le kératocone. A ce niveau, et sur une étendue occupant environ les deux tiers de la cornée et n'atteignant pas le limbe, la cornée est régulièrement globuleuse, ectatique, et la surface de l'ectasie est mate, légèrement opaline, rappelant l'aspect qu'on observe dans la kératite interstitielle. Le staphylôme cornéen occupe exactement un espace arrondi correspondant à toute la partie centrale de la cornée, dont la périphérie seule est demeurée normale; si bien qu'on constate une zone du tissu cornéen sain entourant toute l'étendue du staphylôme et plus large en haut et en dehors, où elle mesure 3 à 4 millimètres, qu'en bas et en dedans, où elle atteint à peine 2 millimètres. La surface de l'ectasie est complètement insensible.

En présence de ce symptôme, et pour prévenir la perforation de la cornée qui paraissait fatale sous l'influence du moindre effort, tant la paroi du staphylôme semblait mince, nous proposons à la malade la tarsorrhaphie médiane, conseillée également par M. le professeur de Lapersonne.

Celle-ci fut pratiquée aussitôt et la malade suivie les jours suivants. Peu à peu l'ectasie diminua, et on put en suivre les progrès par les parties externe et interne de la fente palpébrale demeurées libres. Si bien que, six semaines après l'apparition de cette complication, l'ectasie avait complètement disparu. Bien plus, le kératocone avait un peu diminué et le sommet en était un peu plus arrondi. Mais la taie qui existait avant l'apparition de l'ectasie était un peu plus large. L'acuité visuelle était sensiblement identique à ce qu'elle était avant l'apparition du staphylôme.

En résumé, il s'agit dans cette observation d'une ectasie circonscrite développée sans cause appréciable aux dépens du kératocone et dans toute la portion amincie de la cornée. Nul doute que

l'ectasie ne soit la conséquence de l'amincissement de la membrane. Il est intéressant de noter que l'ectasie est apparue sur l'œil droit, c'est-à-dire du côté qui n'avait pas été opéré. A gauche, au contraire, où la perforation ignée avait été faite quelques années auparavant et bien que le kératocone soit plus ancien de ce côté, pareille complication ne s'est pas présentée. Il semble que le tissu cicatriciel qui vient combler la perforation, plus résistant que le tissu propre de la cornée, s'oppose plus efficacement à la distension. Quant à la cause de celle-ci, elle doit être vraisemblablement recherchée dans l'amincissement de la cornée au niveau du cône; mais cet amincissement ne peut suffire à lui seul pour l'expliquer, car on ne comprendrait pas autrement pourquoi pareille complication ne s'observe pas dans presque tous les cas de kératocones anciens, puisque l'amincissement de la cornée se rencontre toujours alors. Elle doit être rapportée, croyons-nous, à une rupture de la membrane de Descemet au niveau du sommet du cône; à la faveur de cette éraillure, l'humeur aqueuse a pénétré entre les lamelles cornéennes, déterminant un œdème de la cornée et une ectasie. On peut expliquer ainsi l'apparition rapide de cette complication et sa disparition après quelques jours, à la suite de la cicatrisation de la membrane de Descemet.

La conclusion pratique qui se dégage de cette observation est la nécessité de recourir rapidement, en pareil cas, à la tarsorrhaphie médiane, si l'on veut éviter la rupture du staphylôme. Celui-ci disparaît alors, laissant seulement après lui une taie un peu plus étendue que celle qui existait auparavant; mais d'un autre côté il semble que le cône s'affaisse un peu après la disparition du staphylôme, et peut-être le tissu cornéen devient-il plus résistant en ce point et s'oppose-t-il au développement ultérieur du kératocone. C'est là un point qu'il serait intéressant de vérifier et que nous nous proposons de rechercher chez notre malade par une observation longtemps prolongée.

---

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU.

## DE L'HEUREUX EFFET DE LA TARSORRHAPHIE DANS CERTAINS TRAUMATISMES DU GLOBE

Par **A. MONTHUS**, chef de clinique.

Les bons résultats qui nous ont paru suivre l'emploi de la suture des paupières dans certains cas de plaies pénétrantes du globe oculaire, nous ont engagé à examiner dans quelles conditions et sous quelles réserves cette opération pouvait apporter son utile contingent à la thérapeutique journalière des plaies du globe.

Chacun de nous connaît les ennuis, les longueurs, les déceptions parfois rencontrées au cours du traitement des plaies oculaires par suite des accidents infectieux divers, du jeune âge, de l'indocilité des blessés, etc.

Nous sommes tous d'accord pour reconnaître qu'un des principes essentiels du traitement des plaies pénétrantes du globe est la nécessité absolue d'une immobilisation, aussi complète que possible, de la plaie, dès le début de l'accident. Grâce à cette immobilisation, on obtient une cicatrisation rapide, qui est le plus sûr moyen de défense contre les infections.

Où pouvons-nous trouver mieux que dans la tarsorrhaphie cette assurance d'une parfaite immobilisation jointe à tant d'innocuité et de simplicité opératoires?

« N'est-elle pas, comme l'a dit Terson, le bandeau le plus compressif, le plus élastique, le plus permanent et le plus naturel pour l'œil et le seul bon moyen d'immobilisation? »

Nous avons été frappés de la rapidité de guérison, de l'absence complète de phénomènes douloureux et de réactions inflammatoires, dans un cas de plaie pénétrante étendue du globe oculaire qui nous avait paru, à première vue, justiciable de l'énucléation seule, cas pour lequel M. Rochon-Duvigneaud avait pratiqué la suture des paupières dans le service de notre maître M. le professeur de Lapersonne.

Aussi nous nous étions promis, le cas échéant, d'avoir recours à la tarsorrhaphie. Ce sont ces quelques observations qu'il nous a paru intéressant de rapporter ici. Nous y avons joint quelques cas que M. Rochon-Duvigneaud a pu opérer et suivre dans son service des Enfants-Malades et que nous devons à son extrême obligeance.

Obs. I. — (Docteur Rochon-Duvigneaud. Hôpital des Enfants-Malades.)  
*Plaie cornéo-sclérale. Tarsorrhaphie deux jours après l'accident. Guérison rapide.*

C., Auguste, 8 ans, reçoit le 12 mars 1905 un éclat de verre sur l'œil gauche. Plaie de 8 millimètres environ, intéressant la cornée et la région du limbe. Petite hernie de l'iris. Réduction. Comme la plaie paraissait avoir peu de tendance à se fermer rapidement, M. Rochon-Duvigneaud pratique après chloroformisation préalable, le 14 mars, une tarsorrhaphie. L'enfant n'a éprouvé aucune douleur les jours suivants et n'a présenté aucune sécrétion. Pansement, 4 à 5 jours. L'enfant a été revu le 3 avril 1905. La tarsorrhaphie est encore maintenue, la guérison semble complète.

Obs. II. — (Docteur Rochon-Duvigneaud. Hôpital des Enfants-Malades.)  
*Plaie cornéo-sclérale. Tarsorrhaphie. Iridotomie.*

G., Marcel, 12 ans. Contusion violente de l'œil gauche par coup de pierre. Éclatement de la cornée, adhérence profonde de l'iris à la plaie sans enclavement. Tarsorrhaphie maintenue pendant 2 mois environ. Les suites furent très simples. Pas de douleurs. Après libération des paupières, on note l'existence d'un leucome adhérent. Irido-capsulotomie. L'enfant compte les doigts sans verres.

Obs. III. — (Docteur Rochon-Duvigneaud. Hôpital des Enfants-Malades.)

S., Renée, 2 ans et demi. Plaie cornéo-sclérale par éclatement le 24 janvier 1905. Tarsorrhaphie pratiquée le 7 février, œil très injecté, douloureux. L'enfant, très mal tenue, ne peut être conservée à l'hôpital. Au bout de 2 à 3 jours il se produit un gonflement considérable des paupières, qui oblige à libérer la suture palpébrale. Les bords de la plaie sont infiltrés et, malgré plusieurs cautérisations, le développement d'une panophtalmie nécessita l'énucléation.

Obs. IV. — (Docteur Rochon-Duvigneaud. Hôpital des Enfants-Malades.)  
*Plaie cornéo-sclérale. Tarsorrhaphie Guérison.*

Bourg., Henriette, 5 ans, reçoit le 21 juin 1095 un coup de pointe de couteau dans l'œil droit. Section au niveau du limbe en haut et en dedans, hernie de l'iris.

22 juin. — Résection de la hernie de l'iris, tarsorrhaphie. Désunion des paupières au bout de 1 mois. Résultat excellent : aucune rougeur, pas trace d'iritis, bonne vision. L'enfant n'a jamais souffert.

OBS. V. — *Plaie pénétrante cornéo-sclérale. Hernie de l'iris. Résection immédiate. Tarsorrhaphie.*

L., Henri, 23 ans, 1<sup>er</sup> février 1905. Plaie contuse de la cornée droite avec empiètement de 2 millimètres sur la région du limbe. Hernie de l'iris. Hypohéma. Résection de la hernie, 2 février. Injection conjonctivale et périkératique. Photophobie, larmoiement. L'œil est douloureux à la pression. Le cristallin ne paraît pas atteint. Tarsorrhaphie. La douleur cesse dès le lendemain. Pansement maintenu pendant 4 jours. Suites simples. Le 18 février libération de la tarsorrhaphie, cicatrisation parfaite.  $V = 0,6$ .

OBS. VI. — *Rupture de la sclérale. Tarsorrhaphie, atrophie du globe, énucléation.*

A..., 60 ans, a les yeux très saillants. Le 2 janvier 1905, il s'endort devant une table de marbre. Pendant son sommeil sa tête vient heurter le bord de la table. 12 heures après le traumatisme, nous constatons une rupture sclérale typique de l'œil gauche. Vastes hémorragies intra-oculaires. La conjonctive est très injectée et suintante. Les voies lacrymales sont en mauvais état. Le malade était convalescent d'une poussée de grippe.

Le chémosis devient très considérable les jours suivants.

Le 6, la cornée est infiltrée sur une grande partie de son étendue, les douleurs sont très vives.

Ce jour-là nous pratiquons la tarsorrhaphie, que le malade avait refusée jusque-là.

Tarsorrhaphie médiane assez étendue, avec conservation à la partie externe d'un espace suffisant pour permettre l'introduction de l'embout de la seringue d'Anel pour les lavages antiseptiques et l'introduction de pommade iodoformée.

Les suites furent simples. Le malade ne souffre plus, mais la paupière supérieure s'affaisse de plus en plus sur le globe qui devient très mou. Le 7 février, libération de la tarsorrhaphie, l'œil présente un aspect atrophique très marqué, mais n'est pas douloureux.

Le malade, peu satisfait du résultat esthétique, nous réclame l'énucléation, que nous pratiquons le 10 février.

OBS. VII. — *Large plaie cornéo-sclérale. Tarsorrhaphie.*

Lorin, Frédéric, 16 ans; le 9 novembre 1905, une tige de fer détermine une large plaie contuse, pénétrante, transversale, intéressant la cornée sur une étendue de 5 à 6 millimètres et la sclérotique sur une étendue au moins égale.

L'enfant nous est conduit à l'Hôtel-Dieu le 11 novembre.

Nous notons l'existence d'un certain degré d'exophtalmie et d'un chémosis très considérable. La plaie cornéo-sclérale est largement ouverte, des débris de membranes, des masses cristalliniennes font hernie par les lèvres entrebaillées de la plaie.

Nous pratiquons l'excision de ces débris et lambeaux au ras de la cornée et nous suturons les paupières.

La conjonctive, chémotique, fait hernie à la partie interne de notre suture, mais s'affaisse peu à peu.

Le 20 novembre, l'œil n'est plus douloureux. Le malade quitte l'hôpital.

Ce malade est revu le 6 janvier 1906. Il n'a jamais souffert depuis sa sortie de l'hôpital. L'œil droit paraît réduit de volume, mais n'est pas douloureux.

Suppression de la tarsorrhaphie. L'œil présente un aspect atrophique ; la cornée, irrégulière, est très réduite de volume, mais conserve sa transparence. Pas d'injection vasculaire.

L'iris est adhérent à la partie postérieure de la cicatrice. Pas de perception lumineuse.

Sans doute, l'occlusion des paupières, destinée à faciliter le rapprochement des bords de la plaie oculaire, se pratique depuis longtemps. On utilisait très fréquemment autrefois, dans ce but, les bandelettes de taffetas.

C'est, d'ailleurs, ce que l'on réalise, dans une certaine mesure, par le pansement occlusif, que l'on emploie aujourd'hui.

Mais l'usage du pansement n'est pas sans critiques, et, entre autres reproches, un des plus sérieux est celui de faciliter la pullulation des germes infectieux.

La gêne que le pansement apporte à l'écoulement des larmes, l'élévation de température qu'il développe sont susceptibles, en effet, d'entraîner une pullulation et une exaltation de virulence des germes pathogènes (expériences de Bach).

Dans les traités classiques, dans les ouvrages récents de chirurgie oculaire, dans les publications spéciales sur les traumatismes de l'œil, il n'est pas fait mention de la tarsorrhaphie dans les traumatismes du globe.

Le mérite d'avoir songé à appliquer la tarsorrhaphie dans les altérations analogues du globe paraît devoir revenir à Verneuil (1).

Le 26 juillet 1871, cet auteur a communiqué à la Société de chirurgie le cas d'un jeune homme épileptique atteint d'ectropion cicatriciel et de lésions anciennes de brûlures de l'œil gauche avec menaces d'ophtalmie sympathique (?), chez lequel il avait pratiqué la tarsorrhaphie. Les douleurs cessèrent subitement dans l'œil lésé et dans l'œil sain.

---

(1) VERNEUIL, De l'occlusion permanente des paupières de la blépharorrhaphie dans certains cas d'ophtalmie sympathique (?). *Gaz. hebdomadaire*, p. 19, 1874.



Dans un second cas où il existait un symblépharon complet de la paupière inférieure et des taies étendues de la cornée, encore à la suite de brûlures, il pratiqua la tarsorrhaphie, après avoir, au préalable, fait deux tentatives d'occlusion provisoire avec des bandelettes de taffetas et un pansement monoculaire collodionné. Sans vouloir suivre l'auteur dans les conclusions qu'il en tire à propos du traitement de l'ophtalmie sympathique, il nous a paru intéressant de rapporter ces tentatives, bien que ne se rapportant pas cependant à des cas de plaies pénétrantes du globe.

A la Société d'ophtalmologie de Paris, le 3 mars 1896, M. Kalt a fait une communication sur « la Tarsorrhaphie comme traitement des affections septiques de la cornée », où il a insisté sur le bien-faisant effet de la suture des paupières « dans les cas d'infection cornéenne atténuée, mais à marche chronique ». M. Kalt prend comme date de l'opération « le moment où le bandeau détermine de l'irritation du bord palpébral ».

Nous trouvons dans la communication du docteur Kalt l'intéressante observation suivante, qui a plus particulièrement rapport à notre sujet :

Plaie de 6 millimètres de longueur, par coup de ciseaux, de la cornée et de la sclérotique, à cheval sur le limbe. Enfant de 5 ans (octobre 1893). La direction de la plaie fait présumer une lésion du corps ciliaire. Les bords en étaient un peu boursoufflés, mais s'affrontaient. Suture, 4 jours après l'accident.

Enfant revu en janvier (1896) ; par l'extrémité de la fente palpébrale M. Kalt a pu s'assurer que l'œil était en parfait état ; une cicatrice blanche marquait seule la plaie du traumatisme.

A notre connaissance, il ne semble pas que la suture palpébrale ait été proposée dans les plaies opératoires du globe ; cependant nous signalerons une pratique très analogue de Tornatola (1) dans le cas où un futur opéré de cararacte, avant l'opération, montre une intolérance manifeste pour le pansement.

L'auteur, dans ce cas, assure l'occlusion des paupières à l'aide de deux points de suture, placés immédiatement avant l'opération, dans l'épaisseur des paupières, mais sans avivement du bord palpébral. Ces fils peuvent être resserrés et desserrés suivant les besoins.

---

(1) TORNATOLA, *XVI<sup>e</sup> Congrès de la Société italienne d'ophtalmologie*, 1902.

*Indications et avantages de la suture des paupières dans les plaies pénétrantes du globe.*

La tarsorrhaphie peut être considérée comme un utile adjuvant dans la thérapeutique moderne, conservatrice, des traumatismes graves du globe, dans les plaies pénétrantes de la cornée, de la sclérotique ou de la région cornéo-sclérale. Elle est particulièrement à recommander dans les traumatismes de l'œil chez l'enfant. Elle amène, en général, une cessation presque immédiate des phénomènes douloureux.

Elle n'empêche en aucune façon la surveillance du globe et le traitement approprié.

Elle permet la suppression très rapide du bandeau.

Elle abrège en général la durée du traitement.

Elle peut toujours être tentée dans les traumatismes très considérables, même lorsque l'énucléation paraît être la seule indication dans les cas désespérés où il semble qu'on ne puisse rien tenter.

Même alors, la tarsorrhaphie peut permettre d'espérer un certain résultat esthétique.

*Quand faut-il pratiquer la tarsorrhaphie ?*

A notre avis, cette suture doit être faite aussi vite que possible après la blessure, après s'être assuré, bien entendu, qu'il n'existe pas de corps étranger dans l'œil.

Nous n'insistons pas sur la nécessité préalable du nettoyage soigné de la plaie et des culs-de-sac, de l'excision des membranes herniées, etc.

On n'aura pas à regretter cette manière d'agir, attendu que la désunion pourra être effectuée le plus simplement du monde en cas de complications.

*Comment faut-il la pratiquer ?*

Nous donnons la préférence à la suture partielle, médiane (Panas), mais assez étendue, s'étendant en dehors jusqu'à 4 ou 5 millimètres de l'angle externe et en dedans jusqu'à 3 ou 4 millimètres des points lacrymaux.

De cette façon on peut exercer une surveillance très suffisante du globe, et d'ailleurs n'a-t-on pas la possibilité de rechercher et de contrôler aisément le tonus et la sensibilité (de l'œil) à travers les paupières ?

Les fils peuvent être enlevés dès le cinquième jour; tout pan-

sement occlusif doit être supprimé après les deux ou trois premiers jours.

*Quand doit-on désunir les paupières ?*

La suture des paupières doit être maintenue au minimum 15 jours. Le temps, d'ailleurs, peut varier suivant les caractères spéciaux de la blessure et les cas particuliers.

Il n'y a aucun inconvénient d'ailleurs à maintenir plus longtemps la tarsorrhaphie.

*Contre-indications.* — La contre-indication formelle est la présence d'un corps étranger compliquant une plaie pénétrante. Ces faits relèvent d'une thérapeutique toute spéciale. Après l'extraction du corps étranger la question de la tarsorrhaphie peut d'ailleurs se poser.

Une autre contre-indication résulte de la blessure du cristallin chez l'adulte ou le vieillard.

Enfin les kératites infectieuses, purulentes, à évolution rapide.

*Conclusions.* — La tarsorrhaphie mérite de prendre place dans nos méthodes de traitement des plaies pénétrantes du globe. Dans une certaine mesure, elle nous paraît être appelée à remplacer les sutures cornéennes, sclérales ou conjonctivales. Elle agit en assurant l'immobilité parfaite du globe, en le préservant de toute pression anormale, variable, et semble même avoir une influence favorable contre le développement de certains accidents d'ordre infectieux.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### I. — Société d'ophtalmologie de Paris.

(Séances d'octobre, novembre et décembre 1903.)

MOISSONNIER. — *Épithélioma palpébral d'origine pilo-sébacée.*  
(A été publié *in extenso*. Voyez ces *Archives*, année 1905, p. 658.)

F. TERRIEN et MONTHUS. — *Un cas anormal de rétinite.* (Présentation de malade.)

Il s'agit d'une enfant de 11 ans, d'apparence robuste et bien constituée, qui montre un aspect tout particulier du fond de l'œil gauche.

Enfant vue pour la première fois le 20 septembre de cette année. Se plaint de voir des brouillards devant l'œil gauche depuis trois semaines. Quelques maux de tête.

Aspect extérieur des yeux normal. Les pupilles réagissent bien à la lumière. Milieux transparents. O. D. normal.

A gauche, ce qui frappe, c'est l'aspect stellaire de la région maculaire et quelques petites taches jaunes grisâtres disséminées à la périphérie. En examinant attentivement, on voit que l'étoile maculaire n'est pas formée de stries blanches comme dans la rétinite albuminurique, mais chaque petite strie composant l'étoile est formée de petits grains brillants. Depuis quelque temps, l'aspect de l'étoile maculaire est moins typique, moins net, et les nodules périphériques se sont accrus.

L'aspect ressemble presque à celui qui a été décrit sous le terme de rétinite circinée. La papille est un peu floue.

L'acuité était de un quart au début. Elle est descendue à un seizième à peine. Le champ visuel n'a pas de rétrécissement périphérique bien net. La tache de Mariotte est agrandie et s'étend jusque vers la région maculaire. Les couleurs sont perçues normalement; il n'y a pas de scotome central.

Antécédents nuls, sœur de 15 ans bien portante et frère de 7 ans bien portant. Pas d'autres antécédents. Le père est bien portant. Mère morte de péritonite il y a 4 ans, à la suite de fausse couche.

Il s'agit, en somme, d'un type anormal de rétinite circinée ou d'une irido-choroïdite tuberculeuse. Seule, l'évolution des lésions permettra de trancher définitivement la question.

M. ABADIE a vu souvent de semblables lésions de chorio-rétinite, qui résistaient au traitement mercuriel, être favorablement influencées par le traitement antituberculeux, qu'il préconise pour les tuberculeuses du segment antérieur. Il le prescrit sous cette forme :

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| Galacol . . . . .                | 15 grammes |
| Huile de foie de morue . . . . . | 120 —      |

une à deux cueillerées à bouche pour frictions sur le thorax et iodo-génol à l'intérieur (30 gouttes).

ROCHON-DUVIGNEAUD. — *Cécité sans lésions ophtalmoscopiques par hydrocéphalie ventriculaire consécutive à une méningite cérébro-spinale.*

Il s'agit dans cette intéressante observation d'un enfant de 4 ans, sans aucun antécédent, qui fut atteint, en janvier 1903, d'une méningite cérébro-spinale à méningocoques. En même temps, la cécité devint rapidement complète. Fond d'œil presque normal. Pas de papillite. Réaction pupillaire lente.

Le sujet ayant succombé, on trouva dans les ventricules cérébraux environ 250 grammes de liquide clair. On peut donc expliquer la cécité plus probablement par la compression du chiasma que par

la compression excentrique de l'écorce par le liquide ventriculaire.

M. MORAX. — Cette observation vient confirmer ce que nous savons de l'hydrocéphalie chronique, qui s'accompagne pour ainsi dire toujours non de névrite œdémateuse, mais d'atrophie simple des nerfs optiques. C'est là une différence avec les tumeurs cérébrales, qui s'accompagnent de stase papillaire, et la pathogénie de celle-ci, proposée par Parinaud, est généralement acceptée.

M. ABADIE. — Peut-être le processus est-il différent dans l'hydrocéphalie par ce fait que le crâne de l'hydrocéphale est extensible.

M. ROCHON-DUVIGNEAUD. — Cette notion que l'hydrocéphalie s'accompagne généralement d'atrophie simple et non de stase papillaire paraît aller à l'encontre de la théorie qui ferait de l'œdème papillaire la conséquence de l'hydrocéphalie ventriculaire. Sans doute nous sommes obligés de revenir à la théorie de Parinaud, très séduisante et qui ne peut être abandonnée pour un seul cas qui paraît négatif, mais il n'y a pas moins une contradiction entre le fait que l'hydrocéphalie ventriculaire entraîne presque toujours de l'atrophie optique et non pas de la papillite, alors que cette dernière dans les tumeurs cérébrales serait presque toujours la conséquence de l'hydrocéphalie ventriculaire.

ROCHON-DUVIGNEAUD. — *Cataracte pyramidale.*

Le point intéressant de cette observation réside dans ce fait, que la cataracte, examinée histologiquement, n'était pas recouverte par la capsule qui manque à son niveau et qu'on ne peut, au point de vue pathogénique, invoquer aucune perforation cornéenne.

MORAX. — *Irido-choroïdite métastatique au cours de la méningite à méningocoques.*

Observation d'un enfant de seize mois, chez lequel l'ophtalmie métastatique apparut quatre jours après le début des phénomènes généraux. Elle était caractérisée par une irido-choroïdite suppurative, avec exsudat purulent dans la chambre antérieure et la pupille, et accompagnée de phénomènes réactionnels légers, ce qui est la règle en pareil cas. L'exsudat purulent se résorba, mais les milieux demeurèrent troubles.

Le point intéressant de cette observation est l'apparition précoce de l'ophtalmie, ce qui est habituel dans la méningite cérébro-spinale. Elle peut même précéder les symptômes méningés. L'hypothèse d'une origine métastatique de la localisation oculaire et de la localisation méningée expliquerait le fait de la simultanéité fréquente des deux manifestations.

VALUDE. — *Guérison d'un cas de tic facial par une injection d'alcool.* (Présentation de malade.)

Femme de 46 ans, atteinte de tic facial du côté gauche avec blépharospasme très prononcé depuis plusieurs années. Injection d'un centimètre cube et demi d'alcool à 80° additionné d'un centigramme et demi de cocaïne, faite en arrière de l'oreille, au fond de l'angle qui sépare l'apophyse mastoïde de la portion cartilagineuse du pavillon de l'oreille.

Suivant la technique de l'auteur qui a préconisé ce traitement, l'aiguille a été enfoncée obliquement en bas et en avant jusqu'à la rencontre de l'apophyse styloïde, au niveau de l'émergence du facial. L'injection n'a pas été douloureuse. Il s'ensuivit une paralysie complète du facial qui dura quelques heures, puis les mouvements revinrent, mais le tic facial n'a pas reparu. C'est à peine s'il reste une certaine raideur de la face et quelques mouvements fibrillaires de l'orbiculaire. M. Valude espère que la guérison se maintiendra.

M. DUPUY-DUTEMPS. — L'injection dans cette région ne paraît pas dépourvue de tout danger, en raison du voisinage des gros vaisseaux du cou. Il serait dangereux d'injecter de l'alcool dans ces vaisseaux.

Il sera intéressant de savoir si ce résultat se maintient. Mais cela semble assez probable, attendu que le tic facial, simple phénomène moteur, est moins rebelle au traitement que le tic facial douloureux, phénomène sensitif.

M. A. TERSON. — Il n'y a pas à s'étonner de la tolérance des tissus pour l'alcool, puisque nous faisons couramment des injections d'éther sans suites fâcheuses. Je crois qu'il y a beaucoup de réserves à faire sur la question des récidives.

L'élongation du facial, déjà souvent faite, de même que la section, n'ont pas même toujours empêché la rechute.

Jocqs. — *Des scléro-kératites.* (A propos d'un cas de nature indéterminée). — (Présentation de malade.)

Jeune fille de 21 ans, d'aspect lymphatique, atteinte, à la suite de sclérite diffuse de l'œil gauche, d'une véritable kératite nodulaire, caractérisée par de nombreux points d'infiltration de la cornée. Les nodules mesurent de 1 et demi à 2 millimètres de diamètre. Ils sont manifestement interstitiels, siègent à des profondeurs différentes, mais sont plus rapprochés de la surface antérieure que de la postérieure, quelques-uns se confondant avec le limbe et tous séparés par des portions de cornée transparente. L'épithélium cornéen est intact à leur niveau. Ces taches n'occupent que la moitié de la surface cornéenne correspondante à la lésion scléroticale.

La pupille est dilatée par l'atropine, mais irrégularisée par deux synéchies postérieures, trace d'une iritis ancienne. Parenchyme irien normal.

Traitement institué : externe : deux gouttes de dionine à 5 p. 100 tous les soirs et compresses chaudes ; interne : iodogénol, dix gouttes par jour, pour commencer.

La malade, revue le 6 novembre, présente une amélioration manifeste : la vascularisation périkeratique est moins prononcée ; mais ce qui frappe surtout, c'est que les deux boutons scléreux ont à peu près disparu, il ne reste à leur place qu'un petit point blanchâtre et légèrement ombiliqué. Il semble également que les taches cornéennes aient diminué de largeur, mais la différence est trop minime pour qu'il soit possible de l'affirmer.

L'auteur se déclare très embarrassé au sujet du diagnostic pathogénique de cette lésion. Il la rapproche de certaines lésions tuberculeuses expérimentales des membranes profondes et des cas de kératite parenchymateuse décrits par Chesneau sous le terme de kératite sclérotuberculeuse. « Maladie caractérisée par la formation presque simultanée, dans l'épaisseur de la cornée et dans toute la zone scléroticale située au-devant de l'insertion des muscles droits, de granulations toutes semblables à des grains de millet, grises d'abord, puis jaunâtres, entourées d'une atmosphère d'infiltration qui peut les envelopper dans un ensemble où les grains tranchent seulement par leur couleur et parfois une légère saillie ; l'épithélium reste sain, ce qui prouve qu'il s'agit d'une lésion mésodermique. La réaction inflammatoire est plutôt modérée ; peu de photophobie, peu de douleur, une maladie torpide dès son début : l'iris, sain d'abord, présente bientôt des synéchies, mais de la nature de celles des iritis séreuses. Peu à peu la couleur jaune des tubercules s'affirme, des semaines s'écoulent ; la nuance passe au gris blanc. La zone scléroticale affectée prend une teinte de plus en plus ardoisée, comme dans la scléro-choroïdite antérieure ; il serait peut-être plus juste de dire : parce qu'il y a scléro-choroïdite antérieure ; les complications iriennes sont, en effet, la règle. Jamais on n'a vu d'ulcération. Et puis, après des mois, les nodules s'isolent ; tout à fait aplatis, ils ne sont que des flots d'infiltration, entre lesquels la cornée recouvre une transparence croissante. La guérison peut être absolument totale, à moins que l'enfant ne soit emporté par d'autres lésions tuberculeuses. »

L'auteur ne croit pas à la nature tuberculeuse de ces affections.

M. A. TERNON. — Il y a lieu de poser les indications des vaso-constricteurs et des vaso-dilatateurs dans les sclérites. Dans l'épisclérite simple, l'injection sous-conjonctivale de dionine, unique ou répétée, est un traitement à la fois simple et efficace.

Dans les sclérites légères, et au début et à la fin de toute sclérite, la cocaïne et l'adrénaline améliorent et suffisent.

Dans les sclérites *parenchymateuses* intenses et douloureuses, les *injections sous-conjonctivales* de dionine, les injections temporales de dionine, sont très utiles tant que la grande poussée douloureuse tourmente le malade, combinées bien entendu à la cocaïne, à l'atropine et à un traitement *général*, étiologique et calmant, absolument rigoureux. L'adrénaline est à ce moment-là inférieure à la dionine.

M. MORAX. — Nous ignorons si d'autres infections que la tubercu-



lose, la syphilis et la lèpre peuvent déterminer ces lésions scléro-cornéennes, dont l'évolution clinique est si particulière. Il s'agit toujours, en tous cas, d'infection à évolution chronique, et comme la syphilis est la plus fréquente, nous devons toujours y penser tout d'abord. Dans un cas de scléro-kératite à lésions nodulaires suivi depuis plus de 8 ans, l'auteur fait l'excision de nodules scléreux et l'inoculation au cobaye. Le résultat fut négatif. Par contre, le traitement spécifique a produit à deux reprises différentes le meilleur effet.

MORAX. — *Luxation traumatique du cristallin dans le corps vitré. Extraction du cristallin avec l'anse de Snellen.*

Malade chez laquelle l'auteur a pratiqué, il y a 6 mois, l'extraction du cristallin luxé dans le corps vitré et fixé au niveau de la région ciliaire inférieure.

Cette luxation avait succédé à une contusion violente du globe oculaire droit sans plaie pénétrante. La luxation complète s'accompagnait de douleurs assez vives et d'une légère vascularisation du segment antérieur. L'acuité visuelle, après correction, ne dépassait pas 5/25. Après dilatation pupillaire, on apercevait, au-dessus et en arrière du bord inférieur de la pupille dilatée, le cristallin, qui présentait dans les déplacements brusques du globe une mobilité assez limitée. Pour obtenir un certain degré d'anesthésie générale en plus de l'anesthésie locale à la cocaïne, on injecte à la malade, une heure trois quarts avant l'opération, le mélange de scopolamine et de morphine.

L'incision cornéenne au couteau de Graefe est pratiquée en haut. Une première tentative, faite avec la curette de de Graefe, est négative; à la deuxième tentative, faite avec l'anse fenêtrée de Snellen, on ramène le cristallin dans sa capsule, sans issue notable de corps vitré. Suites opératoires simples. Les phénomènes douloureux disparaissent : les milieux oculaires s'éclaircissent, et l'acuité visuelle avec le verre correcteur est de 5/10, 2 mois et 6 mois après l'opération.

L'opération a été faite 6 semaines après le traumatisme.

Il n'y a pas lieu de redouter les suites de ces interventions sur le corps vitré lorsque l'opération est conduite aseptiquement et que l'extraction faite avec légèreté n'entraîne pas de perte abondante du corps vitré. Il faudra se servir de préférence de l'anse de Snellen, qui offre une prise plus sûre du cristallin que la curette de de Graefe.

M. JOCOS. — La difficulté de l'extraction du cristallin dépend beaucoup de sa situation.

Lorsqu'il est mobile dans la chambre vitréenne, l'opération est toujours difficile et périlleuse, à cause des risques d'issue du vitré.

Mais même lorsqu'il est immobilisé derrière l'iris, comme dans le cas de M. Morax, l'extraction n'en est pas toujours facile. Cela dépend de sa situation par rapport à l'iris. L'extraction est d'autant plus facile que le cristallin est plus rapproché de l'iris.

M. VALUDE cite des cas où il a pu faire l'extraction du cristallin



luxé, et dit que cette opération n'est généralement pas difficile quand le cristallin est fixé.

M. DUPUY-DUTEMPS cite le cas suivant : luxation dans le fond du vitré chez un vieillard. Le cristallin est discisé et ramené avec une aiguille en arrière de l'iris où il se fixa. Extraction facile ensuite avec l'anse de Snellen.

M. A. TERSON. — J'ai vu bien souvent Panas pêcher à la simple curette le cristallin en plein corps vitré et j'ai plusieurs fois agi de même. Je n'ai jamais vu, à la suite de cette opération, faite par une incision supérieure, ni infection, ni décollement rétinien. Si le malade a un bon corps vitré, un cristallin encore dans le voisinage du corps ciliaire, les résultats sont satisfaisants. Je préfère à l'anse de Snellen l'anse de Millée, qu'on peut, avant de l'aseptiser, aplatir un peu à sa partie inférieure.

M. J. CHAILLOUS. — *Cécité sans lésions ophtalmoscopiques avec conservation des réflexes pupillaires.*

Malade de seize ans, venu consulter dans le service de M. Babinsky, pour des crises d'épilepsie.

Les troubles oculaires remontaient à l'âge de deux ans et demi. Ils furent constatés au cours de symptômes généraux très accusés, pour lesquels on ne posa pas de diagnostic précis. Depuis cette époque, l'état est resté le même. L'enfant est atteint d'une cécité presque absolue, sans lésions ophtalmoscopiques. Les réflexes pupillaires sont conservés. L'auteur pense qu'il s'agit d'une cécité consécutive à une lésion des voies optiques postérieures. Ce cas diffère des autres observations, très rares, de cécité corticale par l'âge auquel ont débuté les accidents et par la survie du malade qui en fut atteint.

En général, les malades atteints de cécité corticale survivent peu à la lésion très étendue qui a frappé les lobes occipitaux. La survie n'est parfois que de quelques heures, de quelques jours ; rarement elle dépasse deux ou trois mois ; il est encore plus rare qu'elle atteigne quelques années.

Rien d'étonnant à cela, du reste, quand on parcourt le résultat des autopsies dans les cas de cécité corticale. Presque toujours, il s'agit de ramollissements étendus à la plus grande partie des lobes occipitaux, ramollissements consécutifs à des hémorragies cérébrales, à des thromboses des artères cérébrales postérieures. Nous ne pouvons qu'émettre l'hypothèse d'une méningite probable, avec lésion vasculaire entraînant la destruction d'un segment des voies optiques postérieures. Dans le cas de Heinersdorff, on trouva à l'autopsie une méningite purulente, avec abcès dans les lobes occipitaux. La survie de notre malade nous fait penser que les lésions furent moins marquées et qu'elles se localisèrent uniquement au niveau des centres de la vision.

M. CHAILLOUS. — *Troubles oculaires après une chute sur la tête. Ponction lombaire. Guérison.*

Il présente un malade qui, à la suite d'une chute sur la tête, resta pendant neuf jours dans le coma. Quand il reprit connaissance, il ressentit de violents maux de tête et s'aperçut qu'il voyait trouble. Quinze jours après, les maux de tête et les troubles visuels persistant, le malade vint consulter à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Morax. On constata une névrite optique double et une hémorragie rétinienne de l'œil gauche. Par la ponction lombaire, on retira 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Ce liquide ne contenait aucun élément figuré. Quelques jours après la ponction, les maux de tête avaient cessé et l'examen ophtalmoscopique montrait la disparition de la névrite optique et de l'hémorragie rétinienne. Il serait nécessaire, après tout traumatisme s'accompagnant de signes de compression intra-crânienne, de pratiquer l'examen ophtalmoscopique. La constatation d'une névrite optique serait une indication à pratiquer une ponction lombaire, aussi utile pour remédier à la compression intra-crânienne que pour prévenir la persistance de troubles oculaires.

M. ROCHON-DUVIGNEAUD et ONFRAY. — *Double exophtalmie chronique par sclérose hypertrophique des muscles moteurs du globe.*

Observation d'un malade, entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. de Lapersonne, pour un gonflement non inflammatoire des paupières, s'accompagnant d'une légère exophtalmie. Ces symptômes avaient débuté cinq mois auparavant. Il n'y avait pas de lésions ophtalmoscopiques. L'exophtalmie devint bientôt telle qu'on dut faire la suture des paupières. Pendant cette période d'exophtalmie très marquée et constante, le nerf optique subit un certain degré d'atrophie.

Le malade succomba à des accidents cardiaques. L'autopsie montra les lésions habituelles de la maladie mitrale, avec embolies dans le domaine de la grande circulation. Dans les deux orbites tous les muscles moteurs du globe furent trouvés considérablement augmentés de volume.

L'examen microscopique montra une atrophie des fibres musculaires, avec épaissement fibreux de toute leur trame conjonctive. Le nerf optique était partiellement atrophié. On ne trouve dans la littérature ophtalmologique aucune indication relative à un cas de ce genre, et la pathologie générale du système musculaire ne donne pas plus de renseignements que la pathologie oculaire.

Il existe une *myopathie hypertrophique de Talm*, affection généralisée ou localisée à un membre ou aux extrémités : la lésion est cons-

tituée par une hypertrophie de la fibre musculaire elle-même, et la force du muscle est généralement augmentée.

Dans certains cas, l'amyotrophie musculaire progressive peut s'accompagner d'une infiltration graisseuse des muscles atrophies qui augmente le volume de ces muscles ; c'est la myopathie pseudo-hypertrophique. Mais c'est l'épithète de graisseuse qui lui convient, tandis que celle des auteurs est scléreuse.

Il y a enfin une myosite syphilitique diffuse, qui peut déterminer une augmentation de volume des muscles, mais elle s'accompagne d'infiltration lymphatique abondante, surtout marquée le long des vaisseaux qui s'allongent et se dilatent. Rien de pareil dans ce cas.

*DARIER. — Traitement de l'ophtalmie blennorragique chez l'adulte par les sels organiques d'argent.*

L'auteur rapporte les bons résultats qu'il a obtenus en traitant par l'argyrol une ophtalmie blennorragique chez l'adulte. Il préconise l'emploi de ce médicament dans les conjonctivites gonococciques, mais conseille de recourir au nitrate d'argent si des complications cornéennes ne semblent pas pouvoir être évitées.

Voici, d'après l'auteur, la conduite à tenir dans le traitement de l'ophtalmie blennorragique : si elle est prise au début, faire des instillations toutes les demi-heures à 10 ou 15 p. 100 d'argyrol, et deux fois par jour faire un bain d'œil prolongé à 25 p. 100. Les lavages au permanganate, à l'hyposulfite de soude ou à l'eau boricquée seront pratiqués de façon à maintenir une propreté absolue. Si au bout de deux ou trois jours il n'y a pas une amélioration manifeste, tout en continuant les instillations toutes les demi-heures avec de l'argyrol à 20 p. 100, on pourra faire les *bains d'œil* deux fois par jour avec du protargol à 20 p. 100. Enfin, si malgré ce traitement le chémosis ne diminue pas, que les paupières restent indurées, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer des cautérisations biquotidiennes avec une solution de nitrate d'argent à 2 ou 3 p. 100, dût-on, pour retourner les paupières, être forcé de débrider l'angle externe.

Comme prophylactiques de l'ophtalmo-blennorrhée, les sels organiques d'argent ont déjà fait leurs preuves : l'argentamine à 10 p. 100 a donné de très bons résultats ; quant au protargol, ses effets sont très nettement supérieurs à ceux fournis par le nitrate d'argent. Une toute récente statistique faite à la Maternité de Bâle donne, sur 3.000 nouveau-nés, un seul cas d'infection. Ce sont là des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par le nitrate d'argent, qui confirment ceux relatés il y a deux ans par Veverka à la Maternité de Prague. Il est donc plus que probable que l'argyrol se montrera au moins l'égal du protargol dans la prophylaxie de l'ophtalmo-blennorrhée, et cela sans causer la moindre douleur au nouveau-né.

M. ABADIE. — Sous les réserves expresses de M. Darier, je souscris à sa tentative hardie, qui peut avoir d'heureuses conséquences.

Qu'il soit permis d'essayer l'argyrol, mais en se tenant prêt à la moindre alerte à reprendre le traitement classique qui a fait ses preuves : les cautérisations biquotidiennes avec le nitrate d'argent en solution à 3 p. 100.

BOURDEAUX. — *La cure du strabisme convergent des myopes par un nouveau modèle de diploscope.* (Présentation d'instruments.)

Le procédé de l'auteur est, en somme, la rééducation de la convergence, que je tends à reculer par petites étapes bien progressives au niveau de la nouvelle position du remotum dioptrique. L'appareil est tout simplement le diploscope de Remy, modifié de façon à s'adapter à toutes les positions comprises entre 0,75 et 12 dioptries.

L'auteur a donné à l'instrument le nom de « dynamométrique ». Il est, en effet, un indicateur très exact de l'état de la convergence, qu'il mesure jusqu'à 12 angles métriques.

Voici le schéma du procédé employé pour le cas particulier des myopes convergents. Le diploscope est adapté pour le remotum du sujet porteur de ses seuls verres cylindriques ; la convergence doit être normale et la vision conjuguée. Alors une dioptrie sphérique est placée devant chaque œil et l'appareil reculé d'une égale quantité. Il se manifeste de la diplopie, mais légère, puisqu'il n'y a qu'une différence d'un angle métrique. Rapidement le sujet adapte sa convergence à cette distance. Les verres sont de nouveau augmentés d'une dioptrie, l'appareil reculé, et l'on recommence le même exercice.

F. TERRIEN.

## II. — Archives d'ophtalmologie d'A. de Graefe.

T. LX, analysé par J.-P. Nuel.

W. REIS. — *Recherches sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie de l'hydrophtalmie congénitale*, pp. 1-86.

De l'examen anatomique de 7 yeux de ce genre fait par lui et des cas publiés par d'autres auteurs, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

Aucun processus pathologique qui pourrait être le point de départ de la maladie n'est commun à tous les yeux atteints d'hydrophtalmie congénitale. Il est vrai que tous ont notamment une excavation du nerf optique, etc., mais c'est là un phénomène secondaire.

Dans l'immense majorité des cas, il y a des altérations dans l'angle cornéo-iridien qui obstruent les voies d'excrétion des liquides intra-oculaires ; cette obstruction peut exister sans soudure de l'iris avec la cornée et consister en une oblitération du canal de Schlemm. L'oblitération du canal de Schlemm paraît résulter tantôt d'un processus inflammatoire chronique, tantôt elle paraît être due à un arrêt de développement (de ce canal). L'aplasie du canal de Schlemm peut même être la seule altération appréciable au début de certaines hydrophthalmies congénitales. Somme toute, l'hypertonie en question paraît due à un obstacle mis à l'évacuation des liquides intra-oculaires et non à une hypersécrétion des mêmes liquides.

R. LOHNSTEIN. — *D'un procédé pour déterminer la réfraction au moyen de l'image renversée*, pp. 87-96.

On sait que l'image ophtalmoscopique renversée se déplace avec les mouvements latéraux de la lentille. Le degré de ce déplacement peut renseigner sur la réfraction de l'œil examiné. Le degré de ce déplacement (prismatique), Lohnstein le détermine par rapport à un point de repère visible fixé dans le premier plan focal de la lentille, et qui se déplace donc également avec la lentille : en cas d'emmétropie, le fond oculaire et le point de repère se déplacent de la même quantité ; en cas de myopie, le point de repère se déplace plus vite que le fond oculaire ; en cas d'hypermétropie, il se déplace plus lentement que le fond oculaire. Les degrés de ces déplacements relatifs servent à déterminer le degré de l'amétropie.

H. FEILCHENFELD et L. LOESER. — *Influence exercée sur une sensation lumineuse par une autre sensation lumineuse coexistante*, pp. 97-115.

D'une part, un objet vu binoculairement paraît plus clair que s'il est vu monoculairement. D'autre part, on a le « paradoxe » de Fechner, qui consiste en ce que, si on regarde binoculairement un objet blanc, et si on vient à obscurcir un œil moyennant un verre obscur, l'objet paraît plus sombre que si on obscurcissait tout à fait cet œil. Dans un cas, l'impression sur le second œil renforce donc la sensation du premier, et dans l'autre cas c'est l'inverse qui se produit.

Nos auteurs démontrent d'abord que, si des endroits correspondants des deux rétines préalablement éclairées (non obscurées) sont excités par de la lumière, les deux impressions se contrarient plus ou moins. Si les deux impressions sont égales, elles se contrarient également l'une et l'autre. Si les deux impressions lumineuses sont inégales comme intensité, la plus forte contrarie la plus faible en raison de son intensité. Cependant l'intensité d'une impression ne résulte pas uniquement de l'intensité lumineuse, mais aussi du contraste entre cette intensité et le fond, de sorte qu'une intensité

moindre peut contrarier une plus forte. — En cas d'obscurité préalable des deux rétines, les deux excitations correspondantes ne se contrarient pas. — Deux excitations sur deux endroits rétinien non correspondants se contrarient également.

O. LANGE. — *De l'essence de la myopie progressive*, pp. 118-126.

La sclérotique des yeux myopes est, comparée à celle de l'œil emmétrope, très pauvre en éléments élastiques. Là serait la cause véritable, congénitale de la myopie progressive.

E. HERTEL. — *Un sidéroscope perfectionné. Démonstration, dans l'œil, de la présence d'autres métaux que le fer*, pp. 127-144.

Dans certaines circonstances le sidéroscope pourrait peut-être renseigner sur la présence dans l'œil d'autres métaux que le fer. La condition nécessaire à cet effet serait qu'on dispose d'un instrument très sensible, telle la modification du sidéroscope d'Asmus indiquée par notre auteur.

L'on sait que le fer n'est pas le seul métal influençant l'aiguille aimantée. Les physiiciens appellent métaux *paramagnétiques* ceux qui attirent l'aiguille. De ce nombre sont le fer et le nickel. Bien que la force attractive du nickel ne soit que la moitié de celle du fer, elle est suffisante pour déceler même de très petits corps étrangers de nickel. Les métaux *diamagnétiques* repoussent l'aiguille aimantée, tels l'étain, le zinc, le plomb et le cuivre. La force répulsive du cuivre est faible. Celle du plomb n'est que légèrement plus forte, mais peut-être est-elle suffisante pour déceler du plomb et du cuivre dans l'œil. — L'auteur ne dispose pas d'expériences faites sur l'homme, mais il s'est convaincu qu'un plomb de chasse de 100 milligrammes donne encore une déviation s'il est placé à 8 millimètres de l'aiguille du sidéroscope. Un morceau de cuivre de 17 milligrammes donne encore une déviation à la distance de 5 millimètres de l'aiguille.

A propos du cuivre, il faut savoir que celui du commerce renferme plus ou moins de fer. Si la quantité de fer est très petite, elle contrarie l'action du cuivre. Si elle est plus grande, on peut obtenir, comme effet initial, la déviation du cuivre, puis, lorsque l'aiguille revient, l'action du fer, de sorte que les deux premières demi-élongations peuvent être augmentées.

Ceci est important à savoir, attendu que généralement on approche l'œil d'un instrument dont l'aiguille aimantée n'est pas revenue à un repos complet.

STRAUB. — *La scrofule et la tuberculose latentes en ophtalmologie*, pp. 145-170.

A propos des conjonctivites phlycténulaires, Straub discute la question de la diathèse scrofuleuse des anciens auteurs.

Après la découverte de la nature tuberculeuse des engorgements dits scrofuleux, la notion de la scrofulose semblait s'évanouir comme entité morbide et être absorbée par celle de la tuberculose. Cependant, l'observation clinique minutieuse tend à faire renaître la notion de l'*habitus scrofuleux*.

Chez pas mal de gens, particulièrement chez des enfants, les infections par les microbes pathogènes ordinaires, par les staphylocoques, produisent, avec une facilité extrême, des manifestations morbides (eczémas, phlyctènes, etc.), alors qu'on ne constate chez eux aucun symptôme certain de tuberculose. Se basant notamment sur l'observation clinique de cas pareils, mais chez lesquels un examen ultérieur lui a fait découvrir des foyers tuberculeux, Straub se range à l'opinion de ceux qui voient dans l'*habitus scrofuleux* le résultat d'une tuberculose latente, dont les foyers seraient inaccessibles à l'examen clinique. Ces foyers, peu infectieux en eux-mêmes, inonderaient l'organisme de leurs « toxines » et le rendraient plus « réceptif » pour toutes sortes de causes morbifiques, bactériennes ou autres. Spécialement chez les enfants, ces foyers tuberculeux latents seraient dans les glandes bronchiques.

E. HERTEL. — *Un exophthalmomètre très simple*, pp. 171-174.

P. ROEMER. — *La pathogénie de la cataracte sénile et les recherches modernes sur le sérum sanguin*, pp. 175-238.

Dans ce travail de longue haleine, Roemer essaye de pénétrer la pathogénie de la cataracte sénile, en se plaçant sur le terrain des récents travaux sur le sérum sanguin, et plus spécialement sur celui des théories d'Ehrlich relatives à l'immunité.

Il développe d'abord comme quoi la cause de la cataracte sénile ne peut résider dans les facteurs habituellement incriminés, ni dans une simple anomalie du racornissement (normal et sénile) du cristallin (O. Becker), ni dans un apport insuffisant de matériaux nutritifs, ni enfin dans les troubles de l'osmose (Peters), puis il en arrive à rechercher cette cause dans un poison cellulaire qui agirait sur les cellules et les fibres du cristallin.

Les recherches récentes sur le sérum sanguin et sur l'immunité nous ont fait connaître une foule de ces poisons, dont les uns existent normalement dans le sang, et dont les autres s'y développent dans des circonstances pathologiques diverses.

De ce nombre sont notamment les cytotoxines, *in specie* les hémolysines. Mais le sang normal renferme aussi des lysines pour d'autres cellules. D'autre part, les expériences d'immunisation active démontrent qu'on peut à volonté augmenter le nombre de ces hémolysines et des cytotoxines du sang.

D'après les expériences d'Ehrlich et de Morgenroth, il paraît se



former dans le sang de ces autolysines pour les éléments les plus divers, sous l'influence de la destruction ou de la simple dénutrition de ces mêmes cellules. Mais le corps dispose d'obstacles qui s'opposent à ce que ces toxines fassent sentir leurs effets sur les tissus vivants, obstacles qui pourraient disparaître en cas de maladie. De même aussi, il est possible que, lors de la régression sénile du cristallin, il se forme dans le sang des lentitoxines, qui, normalement, seraient empêchées d'arriver jusqu'au cristallin, mais qui y arriveraient dans des circonstances particulières à déterminer et occasionneraient la cataracte.

La chose primaire serait donc l'action toxique exercée sur les fibres du cristallin. Alors seulement surgiraient, etc. en ligne secondaire, des altérations des courants osmotiques.

Telle est la théorie générale de l'auteur. Pour passer à l'état de chose démontrée, elle exige de nombreuses expériences, dont une partie seulement a été entreprise jusqu'ici.

En guise de recherches préalables, Römer établit expérimentalement les points suivants :

1° Il confirme ce qu'a dit Wessely : savoir, qu'aucune cytotoxine, normale ou anormale, contenue dans le sang, ne pénètre dans les liquides intra-oculaires ; mais elles pénètrent dans l'humeur aqueuse lorsque l'épithélium sécrétoire des procès ciliaires est endommagé.

L'épithélium sécréteur des procès ciliaires aurait pour fonction importante d'écarter de l'intérieur de l'œil les cytotoxines. Les expériences ont été faites notamment avec des hémolysines.

Les animaux chez lesquels on provoque la formation de diverses hémolysines, en leur injectant du sang d'autres animaux, n'ont pas de trace de ces hémolysines dans l'humeur aqueuse.

2° En second lieu, Römer démontre que le cristallin normal, ainsi d'ailleurs que le cristallin cataracté, peut immobiliser diverses cytotoxines ou anticorps avec lesquels il est mis en un contact immédiat. Dans la théorie d'Ehrlich sur le mode d'action des anticorps, ce fait a de l'importance. En effet, Ehrlich et Morgenroth ont montré qu'une hémolysine ne détruit que les globules sanguins par lesquels elle est fixée (chimiquement).

Les faits expérimentaux ne vont que jusqu'ici. Römer admet donc comme probable que les anticorps, qui d'après lui produiraient la cataracte, ne seraient pas normalement contenus dans le sang. D'autre part, tout en y étant, ils peuvent ne pas arriver jusqu'au cristallin.

Des recherches ultérieures auront à rechercher la réalité de ces lentitoxines et à trouver les conditions nécessaires pour qu'elles arrivent au cristallin. Ce serait les conditions nécessaires pour qu'un vieillard devienne cataracté.



E. WEHRLI. — *Anomalies réliniennes analogues à la micro et à la macrogyrie du cerveau, etc., et de la pathogénie du gliome*, pp. 302-349.

Chez un enfant de 14 mois, avec les apparences de l'hydrocéphalie, l'ophtalmoscope révéla contre la papille une nodosité grisâtre, de la grandeur d'une papille, qui rappelait vaguement un gliome au début. A l'autopsie, le noyau se dévoila comme une anomalie congénitale, et consista surtout en cellules et fibres nerveuses. La rétine dans son ensemble n'avait pas l'épaisseur normale. — D'autre part, l'écorce cérébrale était sclérosée et présentait par endroits de la macrogyrie à côté de places à microgyrie. L'anomalie rétinienne était donc homologue de l'anomalie cérébrale.

L'auteur signale les anomalies réliniennes congénitales du même genre qu'on a décrites. Il développe comme quoi la présence d'une telle anomalie rétinienne, ou la persistance locale du neuro-épithélium embryonnaire, ne suffit pas pour produire un gliome. D'après lui, ce dernier est fonction de deux facteurs : a) de la présence d'une anomalie rétinienne congénitale, et b) d'un traumatisme survenant pendant l'accouchement. Il avance même que l'accouchement prématuré pourrait être un traitement préventif du gliome (lorsque un ou plusieurs enfants d'une famille ont présenté du gliome rétinien), attendu qu'en cas d'accouchement prématuré, il ne se produit pas d'hémorragie rétinienne, alors que ces (hémorragies traumatiques) se rencontrent dans 40 p. 100 des accouchements à terme.

Wehrli s'occupe spécialement des « rosettes névrogliales » qu'on trouve dans le gliome, mais aussi dans les colobomes choroidiens (Terrien [4]), dans les décollements réliniens, et en général dans toutes les circonstances où la névroglie prolifère. Ces « rosettes » consistent en une disposition radiaire de cellules névrogliales épithélioïdes, soit autour de petites cavités, soit autour des vaisseaux obstrués, soit autour d'une cellule plus ou moins morte. Ces rosettes ont été citées à l'appui de l'opinion qui voit dans le gliome une pullulation d'une partie du neuro-épithélium rétinien qui aurait anormalement persisté. Wehrli combat cette opinion. Ces rosettes, dit-il, sont de deux espèces. Les unes ne sont rien autre chose que des enfoncements de la membrane limitante externe dans une rétine où la névroglie prolifère. Les cellules névrogliales, devenues épithélioïdes, se disposent radiairement autour de petits fragments invaginés de la membrane limitante externe. Les rosettes de la seconde espèce (dans le gliome, etc.) sont formées dans l'épaisseur de la rétine proliférante ; elles résultent de la tendance si manifeste qu'a la névroglie de se disposer en membranes limitantes autour des corps hétérogènes (vaisseaux, cellules nécrosées, etc.).

(1) F. TERRIEN, *Archives d'ophtalmologie*, 1903, p. 596.

E. KRUECKMANN. — *Prolifération et pigmentation de la névroglie rétinienne*, pp. 350-368 et 452-512.

C'est une étude approfondie de la névroglie rétinienne au point de vue normal et pathologique.

Au point de vue normal, l'auteur fait en somme une application à la rétine des faits établis par Held pour le système nerveux central.

Une particularité de la névroglie, c'est la tendance extrême à former des membranes limitantes contre les tissus d'une autre provenance. Les membranes limitantes interne et externe sont des expressions de cette tendance. Une membrane névroglie analogue existe autour des vaisseaux. Contrairement à une opinion très répandue, les vaisseaux rétinien ne sont pas entourés par un double fourreau endothélial, entre lesquels il y aurait une fente libre. Autour de certains vaisseaux rétinien, les veines surtout, on voit quelquefois un double contour, la trace de deux membranes, dont l'interne est mésoblastique (mais non endothéliale) et dont l'externe est constituée par les pieds étalés des fibres névroglie, quelque chose de comparable à la limitante interne de la rétine. Aucune des deux membranes n'est donc endothéliale. L'espace compris entre les deux n'est que virtuel et, de plus, traversé par des filaments allant d'une membrane à l'autre.

Krueckmann n'ose se prononcer sur la question de savoir si le tissu trabéculaire, situé entre les deux membranes, et les lacunes virtuelles de ce tissu ne servent pas à une circulation lymphatique (1).

Passant ensuite à la névroglie dans les états pathologiques, Krueckmann établit notamment les points suivants :

Pour ce qui est des fibres névroglie rétinien, il ne semble pas y en avoir qui n'aient aucun rapport intime avec un élément cellulaire. Ces fibres se multiplient beaucoup à l'état pathologique et occupent la place des éléments nerveux disparus. Elles contractent une continuité de substance avec les cellules de l'épithélium pigmenté, réalisant ainsi un chemin, le long duquel les grains de fuscine émigrent (à travers un revêtement protoplasmique de ces fibres). Le plus souvent, sinon toujours, les gros amas de pigment intra-rétinien, qui passent pour être le résultat d'une immigration de cellules épithéliales pigmentées dans la rétine, ces amas sont en réalité des éléments névroglie farcis de pigment immigré.

Les éléments névroglie, spécialement les fibres, ne contractent aucune adhérence avec les éléments mésoblastiques, ceux de la cho-

(1) En citant les auteurs qui parlent de la disposition épithélioïde que les cellules névroglie revêtent dans certaines circonstances, Krueckmann paraît ignorer ce que nous avons dit à ce sujet dans notre rapport sur l'« Anatomie pathologique des névrites optiques toxiques », au XIII<sup>e</sup> Congrès international de Médecine, Paris 1900, section d'ophtalmologie.

roïde par exemple. Au contraire, la névroglie a une tendance très grande à former, contre les éléments de tissus non névrogliques, des espèces de membranes limitantes. Dans les cas pathologiques où la lamelle interne, hyaline, de la choroïde est détruite, la névroglie rétinienne a une tendance marquée à faire irruption dans la choroïde; le tissu mésoblastique de la choroïde ne pénètre guère dans la rétine.

Les cellules de la névroglie rétinienne ont, dans les cas pathologiques, une grande tendance à prendre un aspect et un arrangement épithélioïde. A ce propos, l'auteur vient à parler des « rosettes » névrogliques et émet, au sujet de leur signification, des idées identiques à celles de Wehrli, signalées plus haut.

**K. BJERKE.** — *Optotypes réduits par la photographie pour déterminer l'acuité visuelle dans la vision de près*, pp. 369-379.

Dans différentes circonstances il serait utile de pouvoir déterminer l'acuité visuelle de très près, plus près que cela n'est possible avec les optotypes habituels, typographiés. Tel est notamment le cas de la myopie excessive, où les verres correcteurs pour la vision de loin réduisent l'acuité visuelle à tel point qu'elle ne peut plus guère servir à se former une idée adéquate des fonctions rétiniennes. Si on pouvait déterminer l'acuité visuelle de très près, sans verres correcteurs, elle devrait être normale avec une rétine normale. Bjerke expose la manière de produire photographiquement des optotypes infiniment plus petits que ceux réalisables par la typographie et même par la gravure.

**FRANZ SCHIECK.** — *Les diverses formes du mélanosarcome du tractus uvéal*, pp. 377-400.

Von Ribbert prétend que les mélanosarcomes sont constitués exclusivement par des chromatophores, c'est-à-dire par les cellules fixes pigmentées de l'uvée, ou par ceux des nævi de la peau, et que les flots de cellules non pigmentées qu'on rencontre dans ces tumeurs sont de jeunes cellules chromatophores, qui se pigmenteraient si on les laissait vivre.

Schieck fait un pas de plus dans cette direction et prétend que les prétendus leucosarcomes de l'uvée ne seraient rien autre chose que des mélanosarcomes trop jeunes, et que le pigment s'y serait développé plus tard. Les plus jeunes cellules de ces tumeurs sont toujours arrondies; puis elles deviennent fusiformes ou étoilées, elles se pigmentent ensuite un peu, et plus tard encore le pigment finit par s'y développer à l'extrême. — Les cellules de la tumeur ne proviennent ni de l'endothélium intravasculaire, ni d'un endothélium vasculaire: ces néoplasmes ne sont ni des endothéliomes ni des péri-théliomes. Le prétendu gliosarcome est une forme embryonnaire du

mélanosarcome. L'angiosarcome est la forme que la même néoplasie revêt dans ses parties fort vascularisées.

Dans les cellules plus jeunes, le pigment donne les réactions au fer, tandis que, dans les cellules très vieilles, il ne les donne plus. Cette réaction ne saurait donc être un critérium pour décider si le pigment d'un sarcome est hématogène ou non.

E. ZIRM. — *Un cas d'altération durable dans les maculae luteæ à la suite de l'exposition prolongée à la lumière solaire directe*, pp. 401-404.

De chaque côté, au niveau de la macula, tache plus grande que la papille, rouge brunâtre, granulée et bordée de pigment. Vision ne servant qu'à compter les doigts à 3 mètres. Champs visuels non rétrécis. Cet état fut durable.

P. HEINRICHSBORFF. — *Troubles de l'adaptation rétinienne en cas d'héméralopie*, pp. 405-426.

Dans l'héméralopie symptomatique d'une affection oculaire (choroïdites, etc.), la valeur absolue de l'adaptation rétinienne est généralement diminuée de moitié. De plus, la marche de l'adaptation est ralentie, ou bien il se produit à un moment donné un arrêt dans l'adaptation, qui reprend ensuite. Enfin, fréquemment il y a un scotome annulaire relatif (non absolu). Le champ visuel n'est rétréci que dans les formes excessives.

E. V. HIPPEL. — *Recherches anatomiques sur la cataracte congénitale*, pp. 427-443.

L'auteur décrit notamment une anomalie de la fibrillation cristallinienne dans des cas de colobome choroïdien.

E. V. HIPPEL. — *Membrane pupillaire persistante avec adhérence à la cornée*, pp. 444-447.

Dans le temps, l'auteur avait exprimé la conviction que, dans les cas de ce genre, il y aurait eu une kératite, le plus souvent avec perforation, survenue soit dans la vie intra-utérine, soit dans la prime enfance (blennorrhée des nouveau-nés). L'examen anatomique d'un tel œil l'a fait revenir sur cette opinion ; au moins dans le cas en question, il s'agissait d'un arrêt de développement.

L. HEINE. — *Démonstration de l'accommodation dans un œil d'enfant énucléé*, pp. 448-450.

La réfraction statique, déterminée par la skiascopie, était la même que sur le vivant. L'accommodation (provoquée par le courant induit)

persista, à peu près normale, pendant 10 minutes, même après qu'une boutonnière eut été faite à la coque oculaire. L'expérience, imitée de celle que Th. Beer fit sur l'œil de singe, démontre que, contrairement à la théorie de Helmholtz, la tension oculaire normale n'est pas nécessaire à l'accommodation, et que l'accommodation ne modifie pas la pression intra-oculaire.

L. HEINE. — *Note sur la forme de la section transversale des cônes et des bâtonnets réliniens*, p. 451.

Dans la fovea, les cônes sont régulièrement hexagonaux et ont partout un diamètre de  $5\ \mu$ ; dans la macula, des bâtonnets apparaissent entre les cônes, la coupe de ceux-ci devient irrégulièrement polygonale, et plus loin ronde. Quant aux bâtonnets, leur section est ronde dans la macula (diamètre  $1\ \mu$ ) et hexagonale à l'équateur de l'œil (diamètre  $2,5$  à  $3\ \mu$ ).

FR. MANHARD. — *Recherches ultérieures sur le colobome scléro-choroïdien*, pp. 513-527.

ALBIN PIHL. — *De l'ophtalmie sympathique*, pp. 528-552.

Histoires détaillées de 9 cas d'ophtalmie sympathique, dont un de papillite pure, un de papillite avec chorio-rétinite, un de choroidite plastique avec exsudations dans le corps vitré, deux d'iridocyclite séreuse et 4 d'iridocyclite plastique.

BIRCH-HIRSCHFELD. — *Des fibres élastiques dans la sclérotique d'yeux fortement myopes*, pp. 552-556.

Les sclérotiques des yeux fortement myopes sont aussi riches en fibres élastiques que celles des yeux normaux. Une pauvreté relative de la sclérotique en éléments élastiques ne constitue donc pas la prédisposition congénitale à la myopie (voir, plus haut, le travail de O. Lange).

M. PESCHEL. — *Les membranes ou kystes de l'œil vues à l'ultra-microscope*, pp. 557-565.

Les tissus même très simples, vus à l'ultra-microscope, présentent un aspect des plus compliqués, résultant de lignes, les unes noires, les autres colorées (couleurs d'interférence), produites par les détails de structure qui peuvent être invisibles au microscope ordinaire. Peschel développe d'abord les conditions dans lesquelles ces apparences permettent de conclure à une structure réelle. La membrane de Bowman révèle ainsi une structure très compliquée. Il en est

de même, à un degré plus prononcé, de la membrane de Descemet, ainsi que de la capsule cristallinienne du nouveau-né, tandis que celle de l'adulte serait homogène.

### III. — Archiv für Augenheilkunde.

Volume XLVIII (suite) (1).

Analysé par le docteur **H. Coppez**, Bruxelles.

**A. SENN.** — *Astigmatisme cornéen et choroïdite centrale myopique.*

Long et minutieux travail de statistique. L'auteur démontre d'abord que, dans le sexe féminin, l'astigmatisme cornéen et la choroïdite centrale myopique se rencontrent plus fréquemment que dans le sexe masculin.

L'auteur ne range pas, parmi les astigmates, les cas d'astigmatisme cornéen selon la règle de 0,25 à 1,25 dioptrie. Sur 205 yeux atteints de choroïdite centrale, il y avait 78 p. 100 d'astigmates. D'un autre côté, sur 196 yeux d'une myopie supérieure à 7 dioptries et sans lésions de choroïdite, il y avait 72,4 p. 100 de non-astigmates.

Ces deux rapports démontrent nettement les relations qui unissent l'astigmatisme et les lésions maculaires.

**N.-J. CUPERUS.** — *Sur l'atrophie primitive de la choroïde avec sclérose des vaisseaux, « Atrophia alba chorioideæ ».*

L'auteur rapporte l'observation d'un homme âgé de 70 ans, atteint de scotome central double étendu, depuis plus de 30 ans, sans héméralopie. A l'ophtalmoscope, on constate que toute la région péri-papillaire, y compris la macula, est devenue blanche. Seules, les parties voisines de l'équateur ont encore leur teinte normale. Les frères du patient seraient atteints de la même affection.

**O. FEILKE.** — *Un cas d'extraction d'un éclat de fer du cristallin, avec conservation de la transparence de ce dernier.*

Il s'agit d'un jeune homme, chez qui on put extraire le corps étranger, deux heures après l'accident, à l'aide de l'électro-aimant géant. La paillette était logée dans les parties postérieures du cristallin, elle sortit de celui-ci par la voie d'entrée.

Il ne se développa pas de cataracte. Après plusieurs mois, il n'existait qu'une simple opacité locale, correspondant au trajet suivi par le corps étranger.

(1) Voy. ces *Archives*, p. 740, année 1905.

VAN GEUNS. — *Un cas de veine optico-ciliaire néoformée, à la suite d'une papille de stase.*

Il existe, à l'état normal, des anastomoses entre le système des vaisseaux ciliaires et celui des vaisseaux centraux de la rétine. Les anastomoses veineuses peuvent prendre un développement tel, qu'elles deviennent visibles à l'ophtalmoscope. Elschnig a particulièrement étudié ces vaisseaux.

L'auteur a vu, dans un cas de papille de stase, une veine apparaître sur le bord de la papille et s'aboucher dans la veine centrale. Dans ce cas, malgré la longue durée de la stase, l'acuité visuelle demeura satisfaisante, probablement à cause de cette circulation collatérale de décharge, le sang veineux pouvant s'écouler par la choroïde.

On doit différencier ces veines pathologiques des anomalies congénitales, des veines optico-ciliaires d'Elschnig, lesquelles ne seraient que des veines vorticelles anormales. La circulation s'y fait en sens inverse, de la choroïde vers le nerf optique, tandis que, dans les veines pathologiques, le sang va de la papille vers la choroïde.

W. REIS. — *Un cas de carcinome péribulbaire.*

Tumeur volumineuse, issue du limbe cornéen et enveloppant toute la coque oculaire sans y pénétrer. La compression avait amené une phtisie totale de l'œil.

J. FEJER. — *Sur les blessures des muscles oculaires.*

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant qui eut un muscle oculaire sectionné, probablement le petit oblique.

J. FEJER. — *Sur la contusion du globe oculaire, avec remarques sur l'aniridie et l'aphakie traumatiques.*

Observation d'une femme qui se contusionna l'œil sur le montant d'une chaise. L'iris et le cristallin disparurent complètement sans qu'il y eût rupture de la sclérotique.

AD. GENTH. — *Un cas de perforation double du globe oculaire par un éclat de fer.*

Le cas était remarquable par ce fait, qu'à l'ophtalmoscope on reconnaissait aisément l'orifice de sortie, situé dans le voisinage de la macula.

Les éléments suivants permettent de poser le diagnostic de perforation double : radiographie, diminution considérable de la pression intra-oculaire, examen ophtalmoscopique. Mais celui-ci est rarement

possible, à cause du trouble des milieux. Le sidéroscope ne donne guère de renseignements : souvent la réponse est négative, ou bien elle est faussée par de forts courants électriques voisins ou par la présence de morceaux de fer dans la peau de la tête, ce qui existe presque constamment chez les ouvriers forgerons ou ajusteurs.

J. OELLER. — *Sur les taches pigmentaires acquises de la face postérieure de la cornée.*

L'auteur en a observé trois cas, à la suite d'opérations sur l'iris et le cristallin. Il s'agit de masses pigmentaires provenant de l'iris et détachées par les manœuvres opératoires. Ces masses peuvent se fixer sur la cornée, surtout si la membrane de Descemet est plissée avec lésions endothéliales (kératite striée). L'humeur aqueuse, qui se charge de fibrine après une paracentèse, contribue à favoriser l'adhérence en enveloppant le bloc de pigment d'une couche de fibrine. Dans la suite, les cellules endothéliales prolifèrent autour du bloc qui se fixe ainsi définitivement.

C. HAEBERLIN. — *Sur les anomalies congénitales de l'iris.*

L'auteur a vu, chez une femme, se détacher de la face antérieure de l'iris, au niveau du petit cercle et occupant le sixième de celui-ci, une languette de structure analogue à celle de la partie périphérique de l'iris. Cette languette se terminait sur une petite proéminence du cristallin. Il s'agit vraisemblablement d'une hyperplasie de l'iris, consécutive à une affection intra-utérine.

O. PES. — *Sur un cas de formation de cartilage dans la choroïde.*

Le cartilage se trouvait dans l'œil d'un homme de 78 ans, blessé 38 ans auparavant. L'énucléation avait été rendue nécessaire par l'apparition de phénomènes sympathiques.

E.-V. KNAPP. — *Sur la pigmentation de la rétine d'origine vitréenne et sur la rétinite pigmentaire typique.*

L'auteur a trouvé des taches pigmentaires dans une rétine décollée en totalité depuis longtemps. Le pigment, à l'état de masses libres, non incluses dans des cellules, occupait surtout les couches internes. Il est probable que ce pigment provenait du corps ciliaire et avait atteint la rétine par migration au travers du corps vitré.

La cause de la rétinite pigmentaire typique se trouverait dans une anomalie de développement des vaisseaux de la choroïde, qui seraient prédisposés à l'endartérite oblitérante. Pour que cette endartérite



apparaisse, une cause occasionnelle est nécessaire, — affections oculaires de différente nature, maladies fébriles aiguës, syphilis, etc. — L'endartérite débute par les capillaires les plus fins, situés près du corps ciliaire, et s'étend ensuite lentement d'avant en arrière. La rétine, atteinte dans sa nutrition, s'atrophie et devient le siège d'immigrations secondaires de pigment.

C.-F. HOLTZ. — *Sur la préparation et la fixation des lambeaux cutanés dans l'opération de l'ectropion cicatriciel pour éviter les récidives.*

Une fois la paupière libérée, l'auteur applique deux lambeaux épidermiques de Thiersch : l'un sur la partie mobile ou palpébrale de la plaie, l'autre sur la partie fixe. Le lambeau palpébral est assujéti par de fines sutures aux deux bords du cartilage tarse à la paupière supérieure, aux bords du muscle orbiculaire à la paupière inférieure. La rétraction, dans ces conditions, devient beaucoup moindre, sinon nulle.

O. LOEW. — *Sur un cas d'amaurose saturnine transitoire.*

L'amaurose saturnine évolue avec des symptômes typiques. Après des symptômes généraux prodromiques, la vue disparaît en quelques heures avec céphalalgies, vertiges, coliques et même délire. Les pupilles sont dilatées, mais elles réagissent encore légèrement. A l'ophtalmoscope, on ne découvre rien d'anormal. L'amaurose disparaît en quelques jours. L'urine est rare; elle contient des traces d'albumine.

On a proposé plusieurs hypothèses pour expliquer l'amaurose saturnine. On a d'abord cru qu'il s'agissait de troubles nerveux fonctionnels, puis on a rangé l'amaurose saturnine parmi les amauroses urémiques; mais il n'y a jamais de phénomènes comateux et convulsifs, comme dans l'urémie, et les traces d'albumine signalées au cours de l'attaque disparaissent aussitôt après.

L'auteur admet une contraction spasmodique de la musculature lisse. Riegel a démontré, à l'aide du sphygmographe, que la pression artérielle s'élève déjà longtemps avant l'apparition de la colique saturnine. Les troubles visuels dépendent du rétrécissement spasmodique des artères des lobes occipitaux. Ces lobes sont particulièrement affectés, parce qu'ils renferment moins de vaisseaux que les autres parties du cerveau. Si le spasme artériel persiste, il peut se produire une dégénérescence descendante des fibres visuelles. Cette théorie permet également d'expliquer l'œdème papillaire que l'on rencontre quelquefois et qui dépendrait de la stase veineuse consécutive au spasme artériel.

E. GROSS. — *Contribution à l'anatomie pathologique de l'hydrophtalmie.*

La caractéristique de l'examen pratiqué par l'auteur, c'est l'absence complète de canal de Schlemm.

Volume LXIX

V. AMMON. — *Sur la périostite et l'ostéomyélite de la voûte orbitaire.*

L'auteur rapporte l'observation d'un patient âgé de 20 ans, où l'on posa le diagnostic d'inflammation phlegmoneuse de l'orbite consécutive à un érysipèle de la face. Huit semaines après la guérison apparente, survinrent des phénomènes cérébraux. On crut à un abcès cérébral par propagation le long des veines ou par la fente sphénoïdale. L'autopsie démontra qu'il s'agissait, en réalité, d'une périostite avec ostéomyélite, circonscrite au fond de la cavité orbitaire. L'endroit malade était situé trop profondément pour éveiller de la douleur à la palpation, douleur qui aurait pu mettre sur la voie du diagnostic.

L'auteur croit que dans les phlegmons orbitaires, pour éviter des mécomptes semblables à celui qu'il rapporte, il ne faut pas se contenter d'une simple ponction exploratrice, mais décoller le périoste de la voûte orbitaire, en partant du bord inférieur du sourcil pour éviter de léser les muscles palpébraux. On explore aussi les régions osseuses dangereuses et on donne facilement issue au pus quand il s'en forme.

HEINE. — *Remarques cliniques et théoriques sur la question de la myopie.*

Il existe plusieurs espèces de myopie, probablement différentes dans leur genèse, certainement différentes dans leur pronostic, mais on ne peut les séparer cliniquement. Un groupe, le plus important peut-être, dépend d'un allongement de l'axe, produit par la distension de la moitié postérieure du globe. On peut souvent démontrer dans ces cas un manque de résistance de la sclérotique. L'examen microscopique ne démontre aucun travail inflammatoire. Ce qu'on avait pris pour tel à la suite de l'examen ophtalmoscopique n'est qu'un processus mécanique ou un symptôme de dégénérescence consécutif au tiraillement de la lame élastique de la choroïde.

On ne sait pas encore si la distension dépend d'une augmentation pathologique de la pression intra-oculaire ou d'une faiblesse telle de la coque oculaire, que la pression normale avec ses variations phy-

siologiques suffit à la distendre. Des anomalies des muscles extrinsèques (divergence dynamique), la situation du tendon de l'oblique supérieur (par augmentation de la pression intra-oculaire) peuvent agir défavorablement. L'accommodation ne joue aucun rôle nuisible, ni par augmentation de pression, ni par tiraillement.

Le groupe de myopies qui se rapporte à ces considérations est pratiquement le plus important ; un traitement bien approprié peut donner des résultats très favorables.

Au point de vue thérapeutique, il faut éviter tout ce qui augmente la pression intra-oculaire et en particulier les contractions trop énergiques des muscles extrinsèques. Heine se demande *si des verres trop faibles pour la vision à distance peuvent être nuisibles*. Il penche pour l'affirmative. Le myope cligne pour mieux voir, ce qui augmente la pression intra-oculaire.

*Peut-il être nuisible de porter, pour la vue de près, un verre de 4 dioptries environ plus faible que pour la vue de loin ?* Un myope de 4 dioptries, lira à 25 centimètres. Nomme-t-on avec Nagel la convergence des axes visuels à 1 mètre l'angle métrique, à 50 centimètres 2 angles métriques, etc., il y aura dans l'exemple choisi une convergence de 4 angles métriques. Cette convergence s'accompagne nécessairement d'un certain degré d'accommodation, si faible qu'il soit. Mais, pour voir distinctement à 25 centimètres, cette accommodation doit disparaître. Elle ne disparaîtra qu'en amenant une certaine tendance à la divergence et, pour neutraliser celle-ci, la convergence doit de nouveau se renforcer : il y a là un cercle vicieux qui agit en augmentant la pression intra-oculaire. Il ne paraît pas invraisemblable à Heine qu'avec un manomètre suffisamment sensible on pourrait démontrer que la pression intra-oculaire est plus élevée pour un même degré de convergence sans accommodation qu'avec accommodation.

Il existe ce qu'on appelle l'amplitude relative d'accommodation. Un emmétrope qui converge à 25 centimètres accommode de 4 dioptries ; mais il peut, pour cette même convergence, accommoder de 2 dioptries ou de 6 dioptries. Cette amplitude relative s'étend également en avant et en arrière du point de convergence. Les deux points extrêmes s'appellent le *punctum remotum* relatif et le *punctum proximum* relatif. Si un myope de 4 dioptries veut regarder à 25 centimètres, il doit converger sans accommoder. Le *punctum remotum* relatif coïncide ici avec le *punctum remotum* absolu et toute l'amplitude relative sera en deçà du point de convergence. Les données générales de la physiologie rendent peu vraisemblable la séparation absolue des deux mécanismes aussi unis que la convergence et l'accommodation. Il est donc fort vraisemblable que le myope approchera le livre de quelques centimètres, de manière à ce qu'une partie de l'accommodation relative repasse au-delà du point de convergence et qu'un léger degré d'accommodation accompagne la convergence.

Ainsi s'explique ce fait, que les myopes de 4 dioptries sans verres ou les myopes plus élevés portant des verres de 4 dioptries trop faibles ne liront pas à 25 centimètres, mais à 20 ou 22 centimètres.

Il est donc préférable de corriger la myopie complètement, aussi bien pour la vision à distance que pour la vision rapprochée. Il faut porter les verres constamment du matin au soir. La seule raison qui s'oppose à la correction complète et constante, c'est la crainte d'une augmentation de la pression intra-oculaire par l'accommodation. Cette crainte n'a aucune raison d'être, l'accommodation n'élevant pas la pression intra-oculaire.

Les patients doivent se représenter une fois ou deux par an; si la myopie a encore progressé malgré la correction complète, il n'y a évidemment plus correction complète et il faut hausser les verres au niveau de la myopie. La correction totale agit favorablement sur la divergence dynamique. Elle améliore l'acuité visuelle, comme Förster l'avait déjà démontré. Parfois même on voit la myopie diminuer quelque peu, de 0,5 à 1 dioptrie. La correction totale fait disparaître le spasme de l'accommodation. Elle est bien supportée par la grande majorité des patients. Tout au plus, chez les myopes de 10 dioptries, peut-on prescrire transitoirement des verres de 8 dioptries.

**KAMPHERSTEIN. — Sur les symptômes oculaires de la sclérose en plaques.**

Travail de statistique portant sur 37 cas.

Les résultats ont été les suivants :

**1° Lésions ophtalmoscopiques :**

|                                                  |                        |
|--------------------------------------------------|------------------------|
| a) Atrophie étendue des nerfs optiques . . . . . | 1 bilat.               |
| b) — incomplète (moitié temporale) . . . . .     | 2 bilat.<br>1 unilat.  |
| c) Pâleur moitié temporale . . . . .             | 8 bilat.<br>10 unilat. |
| d) Pâleur en secteur . . . . .                   | 2 bilat.               |
| e) Névrite optique . . . . .                     | 1 cas.                 |

**2° Symptômes périmétriques :**

**I. Scotome central :**

- a) Absolu.
  - 2 bilat.
  - 3 unilat.
- b) Relatif.
  - 4 bilat.
  - 1 unilat.

**II. Scotome central avec rétrécissement périphérique.**

- 2 bilat.
- 1 unilat.

## III. Rétrécissement périphérique sans scotome central.

2 bilat.

2 unilat.

## IV. Anomalies des couleurs.

Cécité pour le vert 1 fois.

— — — et le rouge 1 fois.

## 3° Symptômes pupillaires.

Rien de caractéristique.

## 4° Anomalies des muscles moteurs.

Elles se retrouvent dans 30 p. 100 des cas. C'est surtout la parésie du droit externe, unilatéralement, que l'on constate.

## 5° Nystagmus.

L'auteur a trouvé 30 fois du nystagmus, représenté, il est vrai, 26 fois par de simples petites oscillations dans les mouvements extrêmes.

BÆR. — *Contribution à l'étude des traumatismes par éclat de capsule.*

L'auteur rapporte de façon détaillée l'observation clinique et anatomo-pathologique d'un cas où un petit fragment de cuivre s'était logé dans les parties profondes du globe.

FR. FRÄNKEL. — *L'intégrité d'une zone parapapillaire de la rétine dans un cas d'obstruction soudaine de l'artère centrale.*

La zone demeurée normale ophtalmoscopiquement et fonctionnellement représentait un triangle ayant sa base au côté temporal de la papille et son sommet à un diamètre papillaire environ en dedans de la macula. Au périmètre, le champ visuel conservé mesurait 7° horizontalement et s'étendait à 4° au-dessus et à 4° au-dessous de l'horizontale. Il n'y eut pas de changement dans la suite.

Dans le cas de Fränkel, comme dans la plupart des cas analogues publiés, il existait un vaisseau optico-ciliaire. L'auteur expose également l'état actuel de nos connaissances sur l'embolie de l'artère centrale et démontre qu'aucune des hypothèses proposées n'est encore entièrement satisfaisante et exclusive.

A. STREIT. — *Ophtalmomètre de Javal-Schiötz avec figures colorées complémentaires.*AD. GENTH. — *Un cas d'arrachement du nerf optique suivi pendant plusieurs années.*

Ce cas ne se différencie en rien de ceux réunis par Salzmann (*Zeitschr. f. Augenheilk.*, mai 1903).

G. ISCHREY. — *Contributions à l'anatomie pathologique de l'appareil lacrymal.*

1° *Trachome des canalicules lacrymaux.* — Les altérations consistaient principalement en une infiltration modérée dans la tunique musculaire, mais considérable dans la couche fibreuse et dans une dégénérescence de l'épithélium. Il n'y avait pas de follicules à proprement parler.

2° *Altérations d'une glande lacrymale palpébrale dans un cas de trachome ancien.* — La sécrétion était retenue en grande quantité à la suite de la rétraction conjonctivale ayant coudé les canaux excréteurs. La glande contenait de la graisse, probablement à cause de troubles nutritifs. Ces altérations ne sont donc pas trachomateuses en elles-mêmes; elles ne sont que secondaires aux lésions conjonctivales, sans aucun caractère spécifique propre.

3° *Prolapsus de la glande lacrymale palpébrale.* — Il s'agit d'un enfant de 16 mois, ayant souffert d'un abcès à la voûte orbitaire. Le pus avait refoulé la glande dans le sac conjonctival, où elle s'était hyperémiée et distendue, par l'oblitération des canaux excréteurs.

W. ALTLAND. — *Contribution à l'ophtalmoplégie extérieure progressive chronique.*

Les cas publiés ne sont pas fort nombreux. Celui de l'auteur concerne un homme de 51 ans, atteint de ptosis à droite depuis 30 ans; à gauche, depuis 10 ans. Actuellement, tous les muscles moteurs des globes sont paralysés.

Il s'agit d'une affection d'origine nucléaire. Il n'y a ni tabes, ni paralysie bulbaire progressive, ni atrophie musculaire progressive (Oppenheim). Il n'y a aucun symptôme de sclérose en plaques ou de tumeur.

Le cas est donc bien typique, idiopathique.

La cause demeure inconnue. La maladie consiste en une atrophie simple des cellules ganglionnaires.

L'auteur fit porter au malade des lunettes à ptosis, qui donnèrent un excellent résultat. Auparavant, cet homme ne pouvait plus travailler qu'en écartant les paupières de l'œil gauche avec les doigts.

GELPKE. — *Les résultats définitifs de la suppression du cristallin transparent.*

L'auteur énumère les résultats qu'il a obtenus sur 120 yeux. Tous les cas datent de 2 ans au moins; 56 sujets ont été opérés d'un œil, et 32, des deux.

1° *Acuité visuelle centrale.* — Elle s'est relevée dans 89,2 p. 100 des cas. Elle a doublé dans 39,2 p. 100, triplé dans 15 p. 100, quadruplé dans 11,7 p. 100, quintuplé dans 8 p. 100, etc.

2° *Pseudo-accommodation*. — L'auteur a trouvé un parcours d'accommodation :

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| De 1 à 10 centimètres dans | 48,6 p. 100 |
| — 11 à 20 — — —            | 31,8 —      |
| — 21 à 30 — — —            | 16,8 —      |
| — 31 à 41 — — —            | 2,8 —       |

Ce parcours est d'autant plus étendu que le sujet est plus jeune et plus intelligent.

3° *Champ visuel*. — Il s'est élargi dans 33 p. 100; il est resté le même dans 54,2 p. 100.

4° *Réfraction*. — L'auteur la détermine à l'image droite. La différence produite par la suppression du cristallin est, en général, de 21 dioptries.

5° *Astigmatisme cornéen*. — Il est resté le même dans 31 p. 100, il a diminué dans 17 et augmenté dans 52 p. 100.

6° *Influence de la phakolyse sur les parties internes de l'œil*. — L'opération paraît avoir une influence favorable sur les lésions maculaires. Quant à la réfraction, l'auteur n'a jamais vu la myopie progresser après l'opération, tandis que, dans l'œil non opéré, il y avait progression de 2 à 6 dioptries dans 56,8 p. 100 des cas.

*Opérations, suites et complications*. — L'auteur fit :

|                  |        |
|------------------|--------|
| 1 opération dans | 4 cas. |
| 2 — — —          | 54 —   |
| 3 — — —          | 46 —   |
| 4 — — —          | 11 —   |
| 4 — — —          | 3 —    |
| 6 — — —          | 2 —    |

L'idéal, c'est l'opération unique, une simple discision.

Les complications furent : 2 cas d'infection primitive, 3 cas d'uvéite chronique, 5 cas de décollement rétinien.

L'acuité maxima s'acquiert dans le courant de la première année. Les complications ne sont plus à craindre après l'expiration de la deuxième année. La principale cause de diminution consécutive de l'acuité est moins le décollement (1,7 p. 100) que la formation d'une cataracte secondaire (15,6 p. 100).

*Indications et contre-indications*. — L'indication est absolue : 1° chez les individus atteints d'amblyopie myopique non corrigible par des verres ; 2° chez les individus dont la myopie prend un caractère délétère.

L'indication est relative : 1° quand les verres ne sont pas bien tolérés, qu'il y a des douleurs, ou si le sujet exerce une profession incompatible avec le port de verres ; 2° quand il existe des lésions maculaires, anciennes ou récentes.

La contre-indication est absolue : 1° chez les individus qui ont, grâce aux verres correcteurs, une vision normale, sans incommode-

ments; 2° chez les individus qui ont des lésions équatoriales de la rétine ou de la choroïde, avec rétrécissement notable du champ visuel, liquéfaction du corps vitré et hypotonie.

*Technique.* — Chez les enfants, l'auteur pratique une discision sous conjonctivale au moyen du couteau de Knapp. Chez les adultes, après une kératotomie de 4 millimètres, à 1 millimètre du limbe, il déchire avec une pince un grand morceau de la capsule antérieure. Après la discision, il attend le plus longtemps possible.

Il est préférable d'opérer les deux yeux, mais on attendra, si possible, deux ans entre les deux opérations. La vision binoculaire s'est rétablie dans 20 p. 100 des cas.

KUWAHARA. — *Contribution expérimentale et clinique à l'action des couleurs d'aniline sur l'œil.*

Il résulte des constatations de l'auteur que certaines couleurs d'aniline peuvent léser l'œil considérablement. Les paupières se tuméfient. La conjonctive est toujours enflammée; elle peut se couvrir de fausses membranes, se nécroser et même amener la gangrène des paupières. La cornée, dans les cas légers, ne fait que s'obscurcir légèrement. Dans les cas plus graves, il se forme des exsudations intracornéennes, l'épithélium et la membrane de Bowman disparaissent. L'ulcération est plus rare, mais si elle se produit, elle peut aboutir au prolapsus irien. L'abcédation est plus fréquente, surtout au voisinage du limbe. L'iris et le corps ciliaire prennent part à l'inflammation; des exsudations et des hémorragies se produisent dans la chambre antérieure et le corps vitré. Le cristallin peut se cataracter. Les lésions se terminent parfois par une panophtalmie.

Gräfflin a divisé les couleurs d'aniline en nuisibles et inoffensives. Les premières sont les sels minéraux solubles dans l'eau; les secondes sont les sels neutres des matières colorantes acides. Pour l'auteur, cette classification n'est pas entièrement satisfaisante. Certaines substances ne peuvent se ranger dans aucun de ces groupes: le violet de méthyle, par exemple, qui peut produire une kératite excessivement grave. Des matières colorantes du deuxième groupe de Gräfflin peuvent léser la cornée: le violet de gentiane et l'éosine entre autres.

L'œil du lapin est beaucoup plus sensible que l'œil humain. On ne connaît guère beaucoup de cas de lésions oculaires graves dues à la projection de particules de crayon d'aniline. L'auteur rapporte cependant trois observations où des particules semblables ont amené des kératites graves, terminées par la formation de staphylômes partiels ou de leucomes adhérents.

N.-J. CUPERUS. — *Sur la curabilité du nystagmus.*

L'auteur a fait disparaître le nystagmus dans un cas, en corrigeant



convenablement les anomalies de réfraction, et dans un second, en ténatonisant l'œil droit fortement strabique interne.

K. BAAS. — *Parésie du droit externe et de l'oblique supérieur, à la suite d'un empoisonnement par l'atropine, d'origine oculaire.*

Enfant de 12 ans, myope, soumis depuis plusieurs semaines à des instillations d'atropine.

W. KOSTER. — *Presbyopie du jeune âge. Accommodation astigmatique sous l'action de l'ésérine.*

L'auteur rapporte l'observation d'un étudiant âgé de 27 ans et déjà presbyte. Chez ce même sujet, l'ésérine amenait un rétrécissement ovalaire de la pupille et un astigmatisme de 2 dioptries 50 environ.

JUNSEN NAKAGAWA. — *Sur l'inoculation tuberculeuse de la cornée.*

L'auteur a pu obtenir, chez le lapin, une iritis tuberculeuse en inoculant des bacilles dans le tissu cornéen.

Les bacilles se propagent le long des fentes lymphatiques, où on les rencontre à l'état de liberté. D'autres sont englobés par les phagocytes et entraînés ainsi au loin.

HOSCH. — *Mélanges ophtalmologiques.*

1° *Sur les injections sous-conjonctivales.* — L'auteur a pu enrayer deux infections consécutives à des opérations de cataracte secondaire, grâce à des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure à 1 p. 5.000. Il préfère le cyanure au chlorure de sodium, qui n'a pas d'action antiseptique et qui, à doses concentrées, peut amener des troubles du cristallin par dessèchement (?).

2° *Sur les corps étrangers métalliques de la réline.* — La guérison, signalée par certains auteurs, n'est jamais qu'apparente. Tôt ou tard surviennent des phénomènes réactionnels qui réclament l'énucléation.

3° *Rupture spontanée d'un œil contenant un sarcome du tractus uvéal.* — Cette rupture se fit au niveau du corps ciliaire; cet endroit est tout à fait exceptionnel, les tumeurs sortant généralement le long des vaisseaux, au pôle postérieur ou à l'équateur, ou encore vers le limbe scléro-cornéen.

4° *Concrétions dans le canalicule lacrymal supérieur.* — La nature exacte de ces concrétions n'est pas encore établie (leptothrix, streptothrix, actinomycose). La bénignité ne pousse rien contre l'actinomycose (pseudo-actinomycose de Van der Straeten). Elle tient au siège du parasite, qui n'est pas logé dans les tissus, mais simplement à la surface d'une muqueuse baignée par les larmes et les sécrétions de la conjonctive.

R. HALBEN. — *Un cas de vitrification de l'iris dans un buphthalmos, avec remarques critiques sur la théorie de Weinstein, au sujet de la formation de la membrane de Descemet.*

Weinstein admet que la membrane de Descemet représente les lamelles les plus internes de la cornée, hyalinisées par le contact incessant de l'humeur aqueuse. Halben s'efforce de démontrer le manque de fondements de cette théorie. Il croit, avec Wagenmann, que la membrane de Descemet provient de l'endothélium.

S. BRANDES. — *Accommodation astigmatique sous l'action de l'homatropine et de l'ésérine.*

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : l'application localisée de l'homatropine ou de l'ésérine peut amener une accommodation astigmatique. L'astigmatisme ne dépasse pas 1 dioptrie avec l'homatropine, il peut atteindre 2,50 dioptries avec l'ésérine. Cet astigmatisme est de courte durée, l'action de l'alcaloïde ne tardant pas à s'étendre à tout le muscle ciliaire.

L. ALEXANDRE. — *Sur la nocivité des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium.*

Les inconvénients des injections sous-conjonctivales de sublimé sont bien connus.

L'auteur a vu, à la suite d'injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium (5 à 10 p. 100, un cm. cube), des adhérences entre la conjonctive et la sclérotique, une gangrène de la conjonctive, un trouble chagriné de la cornée et des opacités du cristallin (plissement de la cristalloïde?). Les lésions de la cornée et du cristallin ne furent heureusement que de courte durée.

M. AWERBACH. — *Sur les concrétions des canalicules lacrymaux.*

L'auteur démontre qu'il s'agit bien d'actinomycose. L'histoire de ces concrétions comprend trois époques : 1<sup>o</sup> la période du leptothrix, 2<sup>o</sup> la période du streptothrix ; 3<sup>o</sup> la période de l'actinomycose.

Les concrétions n'ont pas les caractères classiques du leptothrix (coloration violette par addition d'iode). Cette remarque s'applique même au dernier travail de Hirschberg.

Entre le streptothrix et l'actinomycose, il n'y a pas de différences nettes.

L'hypothèse de Van der Stræten — pseudo-actinomycose — n'est pas admissible.

R. KÖTHE. — *Sur l'hyperplasticité des objets rapprochés.*

## IV. — Archives of Ophtalmology.

Analysées par le docteur **Eperon** (Lausanne).

Mai-juillet 1905.

P. BRIGANTI. — *La méthode par transplantation dans le traitement du trichiasis. Nouveaux instruments pour l'opération*, p. 246.

L'opération de choix, dans le traitement du trichiasis, est celle de Scimeni, qui consiste essentiellement dans la division en deux feuillets du bord ciliaire et dans l'insertion, sur la plaie ainsi formée, d'un petit lambeau cutané pris sur la paupière même. L'auteur a imaginé des instruments destinés à faciliter cette opération. C'est d'abord une pince à branches coudées, dite pince marginale, destinée à saisir et à maintenir serré (grâce à un verrou) le bord ciliaire tout entier. L'incision intermarginale se fait ainsi beaucoup plus commodément et sans hémorragie gênante. Une deuxième pince, analogue à la pince à chalazion de Desmarres, sert à fixer la paupière, lors de la taille du lambeau à greffer, et à restreindre également l'hémorragie. Ces deux temps exécutés, on complète la première incision, de façon que ses deux extrémités viennent rejoindre celles du lambeau. Ce dernier est alors mis en placé et suturé, de même que la plaie qui résulte de sa taille. Une canthoplastie préalable est parfois nécessaire, en cas d'étroitesse de la fente palpébrale. Quelquefois aussi, si l'entropion est très prononcé, on résèque un fragment prismatique du tarse.

L'auteur a ainsi opéré un cas avec succès durable. Une seule fois, le lambeau s'est nécrosé, ce qui entraîna, sans inconvénient d'ailleurs, la répétition de l'opération. Les poils follets du lambeau transplanté n'irritent que rarement la surface de l'œil.

EDWARD-L. OATMANN. — *Les kystes du feuillet rétinien de l'iris, avec une observation*, p. 252.

Le cas de l'auteur, observé sur un œil atteint de glaucome absolu avec synéchie circulaire, rentrait dans la catégorie des kystes décrits par Treacher Collins. C'était une poche séreuse de la face postérieure de l'iris, s'étendant du bord pupillaire jusqu'au bord ciliaire, et tapissée de cellules pigmentées. Sur les coupes décolorées, on pouvait constater que le kyste résultait d'une dissection des deux couches d'épithélium pigmenté qui constituent le feuillet rétinien de l'iris. La paroi antérieure était doublée par le tissu propre de l'iris, très atrophié, la postérieure par des exsudats anciens, organisés.

La pathogénie de ces kystes de l'iris est attribuable à diverses con-

ditions, agissant isolées ou réunies, parmi lesquelles il faut compter : 1° la rétraction de produits inflammatoires, qui détache le feuillet postérieur de l'iris sclérosé; 2° l'obstruction des voies lymphatiques, notamment par une tumeur du corps ciliaire (Treacher Collins) ou par la soudure de Knies; 3° l'altération de l'humeur aqueuse (diabète).

L'épithélium pigmenté de l'iris se continuant sans interruption avec celui du corps ciliaire, les kystes de l'iris peuvent également envahir cette région, simulant une tumeur maligne, comme dans le cas décrit par Schieck. Il importe de ne pas commettre cette erreur de diagnostic, qui peut entraîner une énucléation inopportune.

J. KIPP. — *Deux cas d'anomalie du système vasculaire de la papille*, p. 256.

La première anomalie observée sur l'œil droit d'un garçon de 15 ans, emmétrope et à vue normale, consistait en ceci : un rameau de la branche inférieure de l'artère centrale se dirigeait droit en avant dans le corps vitré, sur une longueur de 2 millimètres, puis se recourbait en boucle, s'enroulait quatre fois autour de lui-même, formant une sorte de tresse, pour revenir sur la papille, d'où il suivait un cours normal. Sa coloration ne différait pas de celle des autres artères. La pression sur le globe y produisait la pulsation habituelle, avec légère vibration de la boucle. Le corps vitré était d'une limpidité parfaite, et le vaisseau en question ne produisait aucun phénomène entoptique particulier. Les cas de ce genre sont rares. On les a attribués à la persistance de l'artère hyaloïde, ce qui, d'après V. Hippel, n'est pas admissible. L'auteur pense qu'il s'agit de vaisseaux appartenant bien au système vasculaire rétinien; les anomalies de ce genre ne sont que l'exagération des boucles souvent formées par les divisions de l'artère centrale.

L'œil gauche du même sujet montrait également une anomalie vasculaire de la papille, mais différente de celle de l'œil droit : ici le centre du disque optique était complètement dépourvu de vaisseaux artériels. Ces derniers émergeaient tous de la périphérie, pour se distribuer normalement dans la rétine. Il en était à peu près de même pour les veines, sauf deux troncs, un gros et un petit, qui, après avoir collecté les rameaux de la partie inférieure de la rétine, venaient s'enfoncer à peu près au centre de la papille.

Cette anomalie aussi est rare. Dimmer, Loring, Lang et Collins l'indiquent dans leurs manuels. Lawford a décrit en détail un cas analogue.

G. SLOAN DIXON. — *Appareil nécessaire pour localiser les corps étrangers dans l'œil et l'orbite*, p. 267.

Les repères métalliques fixés, avec du sparadrap, sur la paupière

inférieure, lors de la radiographie de l'œil, présentent plusieurs inconvénients, entre autres leur manque de fixité et leur déplacement possible. L'auteur a imaginé de placer au-devant de la cornée (à une distance exactement mesurée de son sommet) une petite bande métallique reliée, par un fil de cuivre recourbé, à une tige métallique. Celle-ci est jointe, par une articulation en noix, à un manche fixé autour de la tête à l'aide d'une bretelle, à la façon d'un miroir laryngoscopique (l'auteur s'est servi, d'ailleurs, d'un vieux miroir de ce genre pour construire son appareil). La petite bande-repère peut être ainsi amenée facilement dans la position voulue, et on l'y fixe par une vis d'arrêt.

Grâce à cet appareil, on peut se contenter d'une seule radiographie. Employé dans 34 cas, il a toujours donné des résultats très satisfaisants.

PERCY FRIDENBERG. — *Œdème fibrillaire de la rétine consécutif à la contusion*, p. 331.

L'auteur a déjà décrit une fine striation blanche de la rétine, qu'il a observée à la suite de traumatismes de l'œil et qu'il attribue à une dégénérescence ou sclérose de certaines fibres nerveuses rétinienne. Cette lésion doit être probablement précédée d'un œdème rétinien ; Fridenberg a pu constater directement dans un nouveau cas de contusion violente du globe, dont il donne l'observation détaillée. La macula présentait une coloration rouge intense uniforme ; tout autour, rayonnaient de fines stries d'un blanc laiteux, sur une étendue d'environ 2 dioptries et demie, séparées par des intervalles normaux et situées apparemment dans la couche des fibres nerveuses (en arrière des plus petits vaisseaux). Une plaque d'œdème laiteux se voyait à une certaine distance de la macula ; cet œdème avait disparu deux jours après.  $V = 1/30$  environ, remonte plus tard à  $1/10$ . Scotome central ; champ visuel périphérique normal.

Après avoir rappelé les premiers travaux de Berlin sur la commotion de la rétine et la description ophtalmoscopique et clinique que Haab a donnée de cette lésion, Fridenberg constate que ses observations diffèrent sensiblement de celles de ces auteurs. Son œdème fibrillaire, ou strié, est analogue, dit-il, à l'altération de même nature que présente le cristallin à la suite de contusion. Un trait commun à ces deux lésions, ce sont les changements d'aspect que présentent les parties lésées lors des mouvements du miroir : une sorte de chatoulement, dû à des déplacements de reflets.

L'altération des fibres nerveuses rétinienne est probablement due à leur imbibition par le liquide œdémateux. Des recherches anatomopathologiques sont désirables pour éclaircir ce point ; et, comme le matériel clinique est rare, on pourrait avoir recours à l'expérimentation, ce que l'auteur se propose de faire.

JUAN SANTOS FERNANDOS. — *Décollement total et congénital de la rétine chez deux frères*, p. 338.

Ces deux observations sont, d'après l'auteur, uniques dans la science. Le premier des deux frères, âgé de 3 mois et demi, présentait un reflet pupillaire gris blanchâtre, qui donna lieu, d'abord au diagnostic de gliome. L'évolution ultérieure du cas montra qu'il s'agissait bien d'un décollement total, pour lequel on ne put trouver aucune étiologie quelconque.

Le second malade, âgé de 1 mois et demi, avait aussi un reflet anormal, verdâtre, des pupilles. Après mydriase, l'éclairage oblique permit de constater un décollement rétinien total.

La mère eut en tout sept enfants, dont cinq étaient sains de toute façon. Le premier et le dernier, quoique bien constitués, présentaient l'affection ci-dessus décrite. Le père était peut-être syphilitique; on ne put s'en assurer, attendu qu'il se déroba à tout examen. Lockteur, Cruchadeau, Sidler-Huguenin, Hirschberg et Antonelli attribuent le décollement rétinien congénital à l'hérédosyphilis.

ALEX.-W. STIRLING. — *Paralysie récidivante des muscles oculaires, accompagnée de douleurs*, p. 341.

Aux 40 observations analogues publiées jusqu'ici, l'auteur ajoute celle d'un de ses malades, âgé de 28 ans, qui, depuis environ dix ans, souffrait d'accès périodiques internes de névralgie de la 1<sup>re</sup> branche gauche du trijumeau, accompagnée parfois de paralysie de la 3<sup>e</sup> paire. Cette dernière commençait par une ophtalmoplégie interne, à laquelle s'ajoutait, au bout de quelques jours, en dépit de tout traitement, une ophtalmoplégie externe. Au bout de six mois, guérison à peu près complète de la paralysie, sauf une légère mydriase, avec parésie accommodative, nécessitant l'emploi de l'ésérine. Depuis, toutes les 2 à 4 semaines, un accès névralgique, avec légère parésie, une fois.

L'antipyrine seule soulageait le malade, qui attribuait aussi à l'usage de ce médicament une action préventive contre la paralysie. Celle-ci, en effet, récidivait beaucoup moins fréquemment que la névralgie, mais durait, par contre, bien davantage (en moyenne 3 mois).

Le champ visuel était normal, de même que l'acuité centrale, et la pression sur le globe ne provoquait aucune douleur dans le fond de l'orbite.

Discutant l'étiologie et la pathogénie de cette affection, l'auteur conclut qu'il ne peut s'agir d'un trouble fonctionnel, comme le donne à entendre le nom de migraine ophtalmoplégique proposé par Charcot. Il doit exister une lésion anatomique basale de la 3<sup>e</sup> et de la 5<sup>e</sup> paires, lésion que Sterling localise entre le ganglion de Gasser et la fente sphénoïdale. Il est à remarquer, en effet, que les lésions basales du trijumeau entraînent constamment la paralysie de l'oculo-moteur commun. L'in-

tégrité du nerf optique et l'absence de sensations douloureuses à la pression excluent un siège périphérique.

L'auto-intoxication par voie digestive, la malaria sont, jusqu'ici, les causes que l'on ait pu incriminer et combattre avec un certain succès. Quant aux constatations anatomiques, elles se réduisent à quatre autopsies, avec les résultats suivants : 1° fibro-chondrome de la 3<sup>e</sup> paire; 2° exsudations plastiques englobant le tronc de la 3<sup>e</sup> paire; 3° granulations tuberculeuses autour de la racine de la 3<sup>e</sup> paire; 4° petit fibrome de la dure-mère entourant complètement le même nerf.

#### V. — Thèses de Paris, 1905.

##### A. GILLET. — *Contribution à l'étude de la phlébite primitive des veines ophtalmiques avec propagation aux sinus.*

Ce travail constitue une courte, mais précise monographie d'une affection relativement rare, quoique actuellement connue dans tous ses détails. Seule la partie bactériologique de la question mérite encore de nouvelles recherches, vu le petit nombre d'examen.

L'observation inédite de ce mémoire concerne un sujet jeune, très alcoolique, comme on l'observe dans plusieurs autres observations, qui fut atteint d'une phlébite primitive post-traumatique et ayant envahi les sinus craniens, après avoir provoqué une thrombose des veines ophtalmiques et même un abcès orbitaire dans la région de la veine ophtalmique supérieure droite, mais sans phlegmon généralisé. L'examen bactériologique est imprécis.

L'histoire de la phlébite primitive et de celle secondaire est suffisamment bien résumée. Les mémoires de Graves, Béraud, Thibault, puis le travail d'ensemble de Casson, 1857, et les origines faciales (anthrax, etc.) en constituent la première période. Dans la seconde, Panas (1885) montre que la phlébite arrivant à l'orbite provient parfois d'une infection *directe* du sinus caverneux par la veine du trou ovale. De Lapersonne étudie également ensuite la question et rapporte de nouveaux cas; enfin Panas inspire la belle thèse de Festal sur les anastomoses des *Veines de l'orbite* (1887). Dans la troisième période, Lancial étudie la question d'ensemble et cherche à instituer un traitement abortif. A. Terson (1893) montre que les lésions de la mâchoire *inférieure* se propagent souvent *d'abord* au sinus caverneux par le plexus ptérygoïdien, tandis que celles de la mâchoire *supérieure* donnent la phlébite primitive; il donne le premier résultat bactériologique (streptocoque) et montre le rôle du terrain (cirrhose alcoolique). Villard, Mitvalsky, Stanculeanu, Debaires, de Lapersonne communiquent de nouveaux cas d'origine sinusique ou amygdalienne. Enfin Robineau insiste sur la chirurgie possible du sinus.

La ponction lombaire, pratiquée dans l'observation originale, montre



de l'hypertension cérébrale et une formule cytologique normale qui écartera le diagnostic de méningite : elle soulagera parfois.

Dans la thérapeutique (mercure, collargol, toniques), on a essayé d'introduire des moyens chirurgicaux. Lancial, en présence de l'œdème des paupières et du chémosis au cours d'un anthrax, a profondément cautérisé au thermocautère l'entrée orbitaire des veines. Le malade a guéri ; mais nous avons vu aussi des symptômes aussi complets et aussi inquiétants au cours d'un abcès des gencives et de la lèvre supérieure cesser sans cette intervention hypothétique. Le procédé d'ouverture de l'orbite et du sinus caverneux (Robineau) nécessite encore de nouveaux travaux ; en attendant, on s'en tiendra aux désinfectants sanguins généraux (injections intra-veineuses de collargol, lavage du sang, etc.).

MARC LANDOLT. — *La surface de section des plaies faites en vue de l'extraction de la cataracte, et de l'iridectomie.*

Dans sa remarquable thèse inaugurale, M. M. Landolt se livre d'abord à une étude géométrique et topographique des incisions cornéennes ; il donne ensuite une revue historique des principales incisions linéaires, soit-disant linéaires et à lambeau, puis il envisage l'influence des particularités de la plaie sur la suite de l'opération, qu'il s'agisse de la section de la cornée, de l'expulsion du cristallin, de la coaptation et de la cicatrisation de la blessure opératoire. Il présente même, à ce sujet, des préparations de cornées de sujets morts accidentellement, peu après l'opération de la cataracte.

Les figures ci-contre proviennent d'un malade mort vingt jours après l'extraction. La première montre l'ensemble de la région intéressante. La plaie cornéenne s'étend de A à A'. La seconde montre le détail des deux surfaces parfaitement constituées ; la troisième enfin, le passage de la plaie cornéenne à la plaie sous-conjonctivale (fig. 1, 2 et 3).

Résumant les diverses parties de son travail, M. Landolt a trouvé que la longueur (d'un angle à l'autre) de la plaie profonde diminue plus rapidement que celle de la plaie superficielle, quand celle-ci s'éloigne du diamètre de la calotte cornéenne. Elle arrive, si l'on opère au couteau, à être nulle quand la plaie visible a encore environ 8 millimètres de long.

La largeur de la tranche est extrêmement variable suivant l'orientation, par rapport au globe, du ou des plans dans lesquels elle est contenue. Pour des points de ponction et de contre-ponction constants, elle augmente à mesure qu'elle s'éloigne d'un plan de grand cercle. Pour une orientation constante, elle augmente, relativement à la plaie utile, à mesure que les points extrêmes s'approchent du pôle cornéen. Les tissus intéressés par la tranche varient suivant la situation de celle-ci, la cornée étant enchâssée dans la sclérotique.



L'élasticité des parois, la largeur des lames, la qualité des pointes et des tranchants, les mouvements nécessaires à l'achèvement de la plaie, les changements dans la topographie de la chambre antérieure dus à l'écoulement de l'humeur aqueuse, sont les conditions principales qui modifient les applications de la théorie.

Outre la rétraction par élasticité des tissus, dont l'effet est minime,



FIG. 1.

deux forces tendent à faire bâiller les plaies: la tension intra-oculaire qui écarte les deux lèvres et la poussée sur la face postérieure du lambeau qui soulève celui-ci. Ce dernier effet diminue avec la hauteur du lambeau; il est nul quand la plaie est comprise dans un plan de grand cercle. Le premier, au contraire, se fait sentir davantage dans ce cas et devient négligeable quand il s'agit de plaies à lambeaux.

Afin que le cristallin n'ait pas à exécuter des mouvements trop étendus au moment de sa sortie, il importe que le canal de la plaie soit contenu dans un plan très voisin du parallélisme avec l'iris.

L'étude anatomo-pathologique semble montrer que la surface de

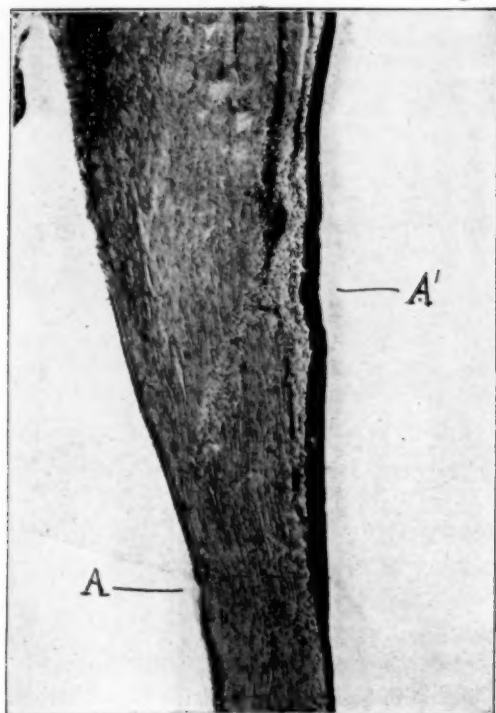


FIG. 2.

section la plus étendue et la moins cornéenne donne la cicatrisation précoce la plus solide et les résultats optiques les meilleurs.

Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à la lecture *in extenso* de ce très intéressant mémoire. Il décompose minutieusement le tout qui constitue l'entrée de l'instrument tranchant dans la chambre antérieure et appuie toutes les recherches sur ce point primordial, de faits, d'expériences, de mots historiques, de nombreuses figures schématiques et de photographies histologiques. Il constitue un document

technique précieux où l'on reconnaît les si compétentes influences

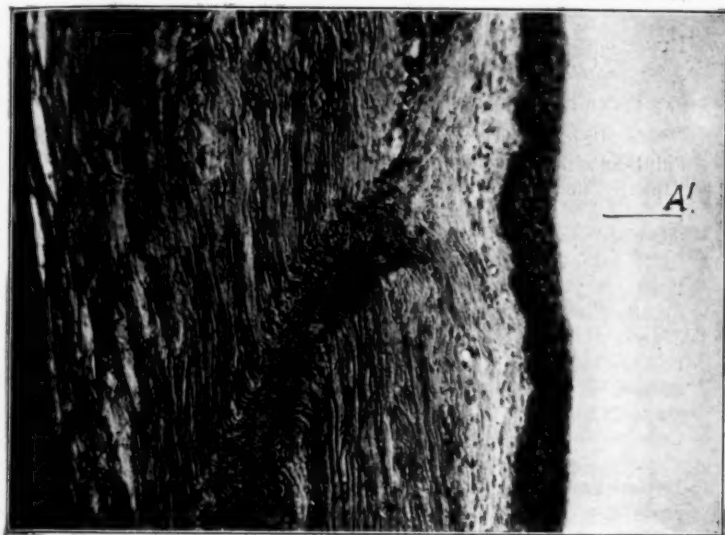


FIG. 3.

qui ont amené l'éclosion de ce travail et conduit les patientes investigations dont il est l'excellente expression.

A. TERSON.

#### VI. — **Varia,**

BABINSKI. — *De l'influence de l'obscurité sur le réflexe à la lumière des pupilles et sur la pseudo-abolition de ce réflexe.* (Société de neurologie, 7 décembre 1905.)

Quand on bande l'un des deux yeux à un homme normal, et quand on l'a laissé pendant vingt minutes à la lumière du jour, on constate ensuite dans la chambre obscure que la pupille du côté bandé est plus petite et réagit plus vivement à la lumière.

Ces recherches ont été suggérées à l'auteur par certains malades qui, examinés aussitôt après avoir été introduits dans la chambre noire, ne présentent pas de réflexe à la lumière, alors qu'ils n'ont aucun autre signe d'une infection méningée syphilitique. Au bout de quelques minutes de séjour dans l'obscurité le réflexe revient.

L'auteur croit que de cette façon s'expliquent les variations que certains auteurs ont observées dans le signe d'Argyll.

DUFOUR. — *Théorie sensorielle du syndrome, « déviation conjuguée de la tête et des yeux »*. (Société de neurologie, 7 décembre 1905.)

Nouvelle observation ayant trait à une femme arrivée à l'hôpital Saint-Antoine dans un état demi-comateux et ayant présenté de l'aphasie, une hémiplegie incomplète de la déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche et de l'hémianopsie droite. Il n'existait pas de paralysie des muscles dextrogyres. A l'autopsie, large ramollissement, intéressant en arrière les radiations optiques de Gratiolet.

Cette observation vient à l'appui de la théorie de Bard, qui fait dépendre la déviation conjuguée de l'hémianopsie. Cette explication ne s'applique pas à des cas comme celui de MM. Déjerine et Roussy, qui ont observé la déviation conjuguée chez une aveugle de naissance. Mais là encore une lésion des radiations optiques semble nécessaire pour la production de la déviation conjuguée.

Enfin ce syndrome ne semble s'observer que chez des malades dans le demi-coma.

F. DE LAPERSONNE. — *Le collargol dans la kératite purulente*. (Presse médicale, 6 mai 1905.)

L'auteur résume ainsi le traitement qu'il applique actuellement, en cas de kératite ulcéreuse ou de plaie infectée de la cornée. Il distingue trois périodes différentes :

1<sup>o</sup> *Le malade est examiné dès le début.* — Dans ces conditions, deux gouttes d'un collyre au chlorhydrate de cocaïne à 1/25, lavage de la conjonctive au  $\text{CyHg}$  à 1/5000, légère cautérisation de l'ulcère au galvanou au thermo-cautère, deux gouttes, deux ou trois fois par jour, d'un collyre au collargol à 1/20, le soir pommade à l'iodoforme à 1/10, bandeau flottant.

S'il y a dacryocystite suppurée ou muco-purulente, incision immédiate des canalicules lacrymaux et du canal nasal, avec passage de sondes de Bowman ; puis, au quatrième ou cinquième jour, injections, après cathétérisme, de la solution de collargol à 1/50.

En cas d'ectasie du sac ou de péricystite, ne pas hésiter à pratiquer l'ablation du sac.

2<sup>o</sup> *L'ulcère est étendu, entouré du croissant d'infiltration, l'hypopyon occupe plus d'un tiers de la chambre antérieure, les douleurs sont très vives.* — Alors, applications de collargol toutes les deux ou trois heures ; adjonction à la cocaïne, au cyanure, à l'iodoforme, d'une goutte, deux fois par jour, d'atropine à 0,02 p. 10. Surtout cautérisation profonde, même pénétrante, de l'ulcère ; mieux encore, large

incision de Sæmisch, suivie immédiatement d'un bon bain au collargol et d'un pansement occlusif, renouvelé deux ou trois fois par jour.

3° *A la période de réparation.* — Cesser l'atropine, remplacer même parfois, en cas d'hypertension, par les myotiques, pilocarpine ou éserine à 1/100. Suppression du bandeau occlusif, quand la chambre antérieure est reformée, avec continuation, toutefois, du collargol jusqu'à guérison complète.

F. DE LAPERSONNE. — *Syphilis et myopie* (Presse médicale, 27 décembre 1905).

L'auteur, dans cette excellente leçon clinique, étudie le problème si important de la progression et de la malignité de la myopie. Il faut tenir compte ici de facteurs étiologiques multiples et en particulier des lésions profondes de l'œil (iritis, irido-choroïdites, kératites interstitielles, etc.). Or la plupart relèvent d'infections générales, aiguës ou chroniques.

Le rôle des infections chroniques dans la progression de la myopie est particulièrement important, en particulier celui de la syphilis, héréditaire ou acquise.

Dans la *syphilis héréditaire*, la kératite interstitielle, qui en est, on le sait, une des manifestations les plus fréquentes, peut à elle seule causer la myopie. L'auteur en rapporte un cas des plus nets, observé chez un jeune collégien de onze ans et qui vient à l'appui de l'opinion soutenue par lui : à savoir que dans toute kératite grave, ulcéreuse ou interstitielle, il y a réaction sur la sécrétion ciliaire et rupture d'équilibre entre la tension intra-oculaire et la résistance de la coque, surtout dans son segment antérieur. Il en résulte un agrandissement portant sur l'axe antéro-postérieur de l'œil, en dehors de tout effort d'accommodation. De même les lésions du fond de l'œil, observées dans la myopie maligne, se présentent souvent sous forme de *chorio-rétinites*, qui s'accompagnent d'une diminution très notable de l'acuité visuelle impossible à corriger par les verres. Point important : elles ne répondent pas toujours à un très haut degré de myopie et il s'agit souvent de lésions régressives le plus souvent, dont le point de départ doit être recherché dans les grandes infections générales et particulièrement dans la syphilis héréditaire.

Le rôle de la syphilis acquise est beaucoup moins connu ; il n'en est pas moins certain, d'après l'auteur. On a dit qu'à partir de vingt-cinq ans la myopie restait à peu près stationnaire ; si donc des complications graves de myopie maligne s'observent chez un adulte, on est en droit de soupçonner un trouble dans l'état général. La syphilis, dont l'action sur tous les milieux et membranes de l'œil est si fréquente, peut imprimer aux complications de la myopie un caractère tout spécial de gravité.

L'auteur en cite quelques exemples, qu'il prend parmi ce qu'on est convenu de considérer comme les complications ordinaires de la myo-

pie pathologique, et en donne quatre types principaux : choroïdite atrophique avec corps flottants, chorio-rétinite circumpapillaire, hémorragies maculaires et décollement de la rétine. Dans tous ces cas les malades furent améliorés par le traitement spécifique, et ces exemples, qu'il serait très facile de multiplier, suffisent à démontrer que, chez certains sujets présentant les lésions caractéristiques de la myopie, la syphilis imprime un caractère spécial de gravité. Pouvons-nous dire davantage, est-il possible d'admettre que la syphilis puisse être la cause directe des lésions de la myopie pathologique ou inflammatoire ? Ce serait certainement aller trop loin, car on n'est même pas d'accord sur l'interprétation des lésions de la myopie maligne.

Certaines lésions myopiques inflammatoires, ou lésions de dégénérescence résultant d'un processus inflammatoire, adhérences de la choroïde, oblitérations vasculaires, migrations pigmentaires le long des vaisseaux sclérosés, ne diffèrent guère de ce qu'on a observé dans les rares examens anatomiques de lésions syphilitiques anciennes de la choroïde.

La conclusion pratique à tirer de ce qui précède, c'est que, lorsque nous avons affaire à un myope, quel que soit son âge, on pourrait presque dire quel que soit le degré de myopie, il ne faut pas se contenter de prescrire des verres, comme on le fait trop souvent. Au point de vue de l'avenir de ce myope, il faut s'enquérir de son état général et rechercher les causes infectieuses, en particulier la syphilis héréditaire.

Si un myope adulte contracte la syphilis, on devra redoubler de précautions. Non seulement le traitement mercuriel devra être énergique et suivi très régulièrement, mais des précautions plus grandes doivent être prises contre la myopie.

F. T.

## VII. — Livres nouveaux.

EDWARD JACKSON et GR.-E. DE SCHWEINITZ. — *The ophthalmic Year-Book*, pour 1905, 320 pages.

Ce livre, paru il ya quelques mois, est précieux à tous les points de vue. Il reflète fidèlement l'état de l'ophtalmologie mondiale et montre les progrès accomplis au cours de l'année. C'est un travail très méritoire, que nous recommandons à ceux de nos lecteurs qui tiennent à être au courant de ce qui se fait dans leur spécialité.

FRITZ SALZER. — *Cours d'ophtalmoscopie*. Lehmann, éditeur à Munich.

Ce petit manuel, très concis, contient les éléments de physique nécessaires aux débutants en ophtalmoscopie. De ces notions, l'auteur

fait découler les théories de l'examen du fond d'œil à l'image directe et à l'image renversée, etc.

Il fait suivre ces considérations d'une étude rapide des signes que l'on constate avec ces moyens d'exploration dans les différentes affections oculaires.

METTEY.

E. FUCHS. — *Manuel d'ophtalmologie*. (Troisième édition française, traduite sur la dixième édition allemande, par L. Leplat et C. Lacompte. Premier fascicule, G. Steinheil, éditeur.)

Nous ne reprendrons pas en détail l'analyse de cet excellent manuel, universellement connu et apprécié. Toutefois, depuis la publication en langue française de la deuxième édition de ce manuel, le volume avait subi de nombreuses modifications rendant nécessaire cette troisième édition. Bien des notions nouvelles, en particulier sur l'étiologie des conjonctivites, de certaines formes de kératites, etc., devaient être introduites, venant modifier l'ancienne terminologie. En même temps certaines notions surannées ont été abandonnées, en particulier celles de l'abcès cornéen et de l'insuffisance des droits internes et externes.

Le plan de l'ouvrage est d'ailleurs resté le même, mais le nombre des figures a été très augmenté, beaucoup originales et dessinées d'après les préparations de l'auteur.

Le livre débute par les notions essentielles sur l'examen objectif de l'œil et il faut féliciter l'éditeur français d'avoir remplacé ici les schémas sur fond noir, toujours peu visibles, par de simples figures au trait, beaucoup plus claires et plus nettes. La technique de la skiascopie et aussi la théorie sont ici clairement exposées. L'ophtalmomètre de Javal et Schiötz, d'un usage si répandu aujourd'hui et qui rend de si grands services, est décrit en détail.

Puis vient l'étude des maladies de la conjonctive ; l'auteur fait justice de l'ancienne notion du froid dans l'étiologie des conjonctivites, affections toujours d'origine microbienne. Les différentes variétés de conjonctivites sont bien étudiées. Il en est de même des affections de la cornée. La kératite à hypopyon fait l'objet d'une excellente description et l'auteur y joint des figures très intéressantes de l'ulcère serpigneux.

A propos des plaies du globe oculaire, on trouvera là les notions indispensables à tout médecin au point de vue des indemnités à accorder d'après la loi sur les accidents du travail du 29 avril 1898. Mais la loi française est un peu différente, à ce point de vue, de la loi allemande et, sous ce rapport, les notions données dans ce manuel nous paraissent insuffisantes.

Le chapitre des maladies du tractus uvéal commence par un bon résumé de l'anatomie de cette région et par les notions de physiologie oculaire indispensables à connaître pour comprendre la pathologie

de la choroïde. L'iritis et l'irido-cyclite sont bien étudiées, de même que l'ophtalmie sympathique. L'auteur s'étend moins sur les maladies de la choroïde, qui sont brièvement résumées. Il mentionne à peine cette variété de choroidite torpide désignée sous le terme générique d'uvéïte, qui mérite cependant une étude complète, car on rencontre fréquemment des troubles du vitré qui doivent certainement être rapportés à une choroidite torpide relevant d'un trouble de nutrition générale.

La question du glaucome est nettement résumée et la pathologie du cristallin termine la première partie de cet excellent manuel, dont on ne peut que recommander la lecture aux étudiants.

## NOUVELLES

### ÉLOGE DE PANAS.

M. Jaccoud, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, a, dans la séance annuelle du 12 décembre dernier, prononcé l'éloge de Panas.

Après avoir montré ce que fut Panas et rappelé le témoignage proclamé par M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, dans la cérémonie d'inauguration du monument Panas le 26 juin 1904 à l'Hôtel-Dieu, M. Jaccoud terminait ainsi son émouvant éloge : « Ainsi, dans ce jour mémorable, Panas, enlevé à notre affection depuis dix-huit mois, donnait encore une nouvelle marque de sa puissante et salutaire influence en provoquant par ses mérites cet hommage solennel aux travailleurs, qui sont venus, comme lui, demander à la France l'égide protectrice de sa féconde maternité. Grâce lui en soit rendue. Ce bienfait d'outre-tombe est le plus saisissant, comme aussi le plus rare épilogue d'une admirable carrière. »

..

*École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Cange, suppléant, est nommé professeur de Clinique ophtalmologique.

Nous adressons nos meilleures félicitations au nouveau professeur.

---

*Le Gérant : G. STEINHEIL.*

---

Paris, imp. E. ARHAULT et C<sup>ie</sup>, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.







Phototypie Berthoud

D'après cliché Watery.

LE DOCTEUR DE WECKER

1832-1906